

Samarbeid eller sammenslåing?

*En caseanalyse av interkommunalt helsesamarbeid
i Mosseregionen i lys av samhandlingsreformen og
kommunereformen*

Magnus Wright Jacobsen



Masteroppgave ved Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

19.05.2014

Samarbeid eller sammenslåing?

*En caseanalyse av interkommunalt helsesamarbeid
i Mosseregionen i lys av samhandlingsreformen og
kommunereformen*

Magnus Wright Jacobsen

© Magnus Wright Jacobsen

2014

Tittel: «Samarbeid eller sammenslåing? En caseanalyse av interkommunalt helsesamarbeid i Mosseregionen i lys av samhandlingsreformen og kommunereformen»

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Antall ord: 37.646 (ekskludert forside, innholdsfortegnelse, litteraturliste og vedlegg)

Sammendrag

Denne oppgaven ser på motivasjoner, dynamikk og måloppnåelse i interkommunale samarbeid ved å ta utgangspunkt i helsesamarbeidene mellom de fire kommunene i Mosseregionen. På bakgrunn av intervjuer med 25 ansatte og politikere i Moss, Rygge, Råde og Våler, har oppgaven tre hovedfunn. For det første har kommunene, med unntak av én tjeneste, ikke opplevd å måtte samarbeide for å møte kravene som kommer gjennom samhandlingsreformen. I helsesamarbeidene som eksisterer i regionen, er det særlig ønsker om å styrke robustheten og fagmiljøene som er viktige for Rygge, Råde og Våler. Den største kommunen Moss er i større grad opptatt av stordriftsfordeler. For det andre oppleves konfliktnivået som lavt og produktiviteten som god i helsesamarbeidene. Fravær av åpenlys maktbruk og stabile interesser på grunn av flere langsiktige samarbeid trekkes fram som forklaringer. Likevel mener respondenter fra alle kommunene at en rekke tjenester har et uutnyttet samarbeidspotensial, men at hindringer som ulike mål, ulike ønsker om drift, samarbeidskostnader og problemer med kostnadsfordeling står i veien. For det tredje opplever kommunene i stor grad å nå målene de har for helsesamarbeidene. Sett i lys av den varslede kommunestrukturen, viser denne casen at interkommunale samarbeid kan være en farbar vei som alternativ til kommunesammenslåing, men at slike samarbeid har en rekke utfordringer som kan ventes å bli større i årene fremover.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært givende og markerer for min del slutten på en rekke spennende år som student ved flere utdanningsinstitusjoner. Da må flere takkes.

Først av alt vil jeg rette en stor takk til min veileder Jan Erling Klausen ved Institutt for statsvitenskap på Universitetet i Oslo. Han er en dyktig forsker og en god motivator som svarer raskt på e-post og har en beundringsverdig arbeidskapasitet. Jeg vil også takke Hilde Zeiner ved Norsk institutt for by- og regionforskning, som jeg har vært så heldig å få gjennomføre oppgavens intervjuer sammen med.

En masteroppgave kan fort bli en ensom affære uten gode og kaffetørste studievenner rundt seg. Heldigvis bugner Institutt for statsvitenskap av personer med meterlange faglige og sosiale antenner. Jeg vil her fremheve en gruppe studenter som har betydd mye for meg i studiene og på fritiden: Einar Tornes, Peter Egge Langsæther, Haakon Gjerløw, Martin Grødem Søyland, Magnus Gabriel Aase, Erlend Langørgen, Rémi César Fiquet Bredesen, Lars Sutterud og Aleksander Eilertsen.

Jeg vil også takke alle respondenter i kommunene Moss, Rygge, Råde og Våler for at dere fant tid i travle hverdager til å stille opp på intervjuer.

Alle eventuelle feil og mangler i oppgaven er selvfølgelig kun mitt ansvar.

Magnus Wright Jacobsen

Oslo, mai 2014.

Innhold

1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn og problemstillinger	1
1.2 Oppgavens tre problemstillinger	4
1.2.1 Motiver for samarbeid.....	4
1.2.2 Dynamikk og måloppnåelse.....	5
1.3 Studiens oppbygging	6
2. Tidligere forskning	7
2.1 Debatten om kommunesammenslåing.....	7
2.1.1 Kommunene fra 1950 til i dag	7
2.1.2 Generalistkommunen	8
2.1.3 Motstand i befolkningen	10
2.1.4. Argumentene og forskningen.....	11
2.1.5 Oppsummering av argumentene og forskningen	15
2.2 Samhandlingsreformen	16
2.2.1. Reformens virkemidler	17
2.2.2 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	18
2.2.3 Samhandlingsreformen speiler forvaltningsutviklingen	19
2.3 Interkommunalt samarbeid	21
2.3.1 Organiseringsformer	21
2.3.3 Kritikk av interkommunale samarbeid.....	24
2.3.4 Kommunene ønsker flere samarbeid.....	25
2.3.5 Interkommunalt samarbeid om ø-hjelp	26
3. Teori	28
3.1 Problemstilling A: Motiver for samarbeid.....	28
3.2 Problemstilling B: Konfliktnivå og produktivitet.....	32
4. Metode.....	38
4.1 Et fortolkende casestudium	38
4.2 Kausalitet og korrelasjon	39
4.3 Utvelgelse av case – politikkområde og bakgrunnsvariabler	40
4.4 Semistrukturert intervju	41
4.5 Validitet	43
4.6 Reliabilitet	44

4.7 Godkjenning fra NSD	44
5. Problemstilling A: Motiver for samarbeid	46
5.1 Avhengig variabel: helsesamarbeid i Mosseregionen	46
5.2 Uavhengig variabel: De fire kommunenes motiver.....	48
5.2.1 Moss.....	49
5.2.2 Rygge	50
5.2.3 Råde	51
5.2.4 Våler.....	52
5.2.5 Oppsummering problemstilling A	53
6. Problemstilling B: Produktivitet og konfliktnivå i helsesamarbeidene.....	56
6.1 Avhengig variabel: Innslag av konflikt og lav produktivitet.....	56
6.2 De uavhengige variablene	60
6.2.1 Felles vinning.....	60
6.2.2 Aktørenes interesser.....	64
6.2.3 Aktørenes politiske makt	74
6.2.4 Stabilitet i aktørenes interesser	79
6.2.5 Oppsummering problemstilling B.....	81
7. Problemstilling C: Oppfatninger om måloppnåelse	84
7.1 Moss.....	84
7.2 Rygge.....	84
7.3 Råde	85
7.4 Våler	86
7.5 Oppsummering	86
8. Bakenforliggende problemstilling 2: Samarbeid istedenfor sammenslåing?	88
9. Konklusjon	92
9.1 Motiver for samarbeid	93
9.2 Samarbeid eller sammenslåing?	96
9.3 Videre forskning	99
10. Litteraturliste	101
Vedlegg	109

Figuroversikt

Figur 1: Grad av integrasjon mellom kommuner	3
Figur 2: Oversikt over oppgavens problemstillinger.....	4
Figur 3: Kart over Mosseregionen	46

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn og problemstillinger

Få ting representerer den raske utviklingen av den norske velferdsstaten i etterkrigstiden bedre enn kommunene. I denne perioden har kommunene vært en nøkkelbrikke for å holde tritt med stadig mer ambisiøse nasjonale mål innen velferdstjenester og lokaldemokrati. Dette har ført til at kommunesektoren de siste tiårene har fått ansvaret for flere og mer omfattende velferdstjenester og at den i dag sysselsetter en femtedel av alle ansatte i Norge. Men til tross for store endringer, har kommunegrensene nærmest vært fastfryst siden 1960-tallet. Ideen om at alle kommuner har ansvar for å levere de samme tjenestene som også skal oppfylle et minstekrav til kvalitet – ofte omtalt som *generalistkommunesystemet* – er nå under økende press fra flere hold: Oppgavene blir flere, de demografiske og økonomiske forskjellene mellom kommunene blir større og det politiske presset for å reformere kommunestrukturen har økt. Til sammen kan dette vise seg å skape et misforhold mellom mange kommuners kapasitet og oppgavene de får tildelt (KS 2013). Allerede for over 20 år siden omtalte Christiansen-utvalget disse faktorene som en fundamental utfordring for kommunestrukturen (NOU 1992:15, s. 38-40), og siden den gang har utviklingen bare fortsatt. Resultatet har blant annet vært omfattende bruk av *interkommunale samarbeid*, der to eller flere kommuner samarbeider om å utføre tjenester. Denne studien vil undersøke interkommunale helsesamarbeid i de fire kommunene i Mosseregionen gjennom intervjuer med sentrale aktører i kommunene. Dette vil være et bidrag til å forstå om den utbredte bruken av interkommunale samarbeid er en del av løsningen på morgendagens utfordringer i Kommune-Norge, eller om slike samarbeid heller utgjør et problem som bør løses med kommunesammenslåinger.

Det siste året har debatten om både generalistkommunen og kommunesammenslåinger fått ny aktualitet gjennom Høyre-Frp-regjeringens planer om å gjennomføre en omfattende *kommunestrukturereform*. En slik reform kan ventes å møte mye motstand, men fra flere hold argumenteres det med at dette kan frigjøre midler eller øke kvaliteten på kommunale tjenester gjennom for eksempel stordriftsfordeler og mer robuste kommuner. I den sammenheng er det derfor viktig å få flere fakta på bordet om hvordan dagens kommuner faktisk er i stand til å ta seg av det økende omfanget av oppgavene de blir tillagt. Klarer de gjennom egenproduksjon og interkommunale samarbeid å levere gode tjenester i kombinasjon med å opprettholde et

reelt lokalt selvstyre? I motsatt fall kan vi i praksis få en inndeling i A- og B-kommuner der de små kommunene ikke klarer å henge med i utviklingen.

1. januar 2012 gikk startskuddet for *samhandlingsreformen*. Denne omfattende helsereformen fanger inn flere av kommunenes viktigste utfordringer. Den stiller høye og flere krav til hva kommune skal levere av helsetjenester og hvilken kompetanse de skal besitte. Kommunene får ansvar for en større del av pasientenes behandlingsforløp, fordi det er antatt at mange tjenester kan utføres billigere av kommunehelsetjenesten enn på sykehus. De statlige sykehusene skal på sin side konsentrere seg om pasientene med mer alvorlige diagnoser. En sentral begrunnelse for reformen er den ventede eldrebølgen, som vil kreve store ressurser hos både helsevesenet og kommunene. Det er gode grunner til å vente seg at det vil komme flere reformer som samhandlingsreformen og Nav-reformen, der kommunene får mer ansvar og mer omfattende oppgaver. Foruten eldrebølgen, kan slike reformer komme som et resultat av økte krav til kvalitet og helhet i offentlige tjenester, og Høyres ønsker om å legge ned fylkeskommunen (Høyre 2013). Dessuten er dette i tråd med dagens forvaltningspolitiske trender, noe oppgaven vil diskutere under punkt 2.2 *Samhandlingsreformen*.

Danmark gjennomførte en helsereform som i stor grad liknet samhandlingsreformen ved at store helseoppgaver ble overført til kommunene. Dette var en direkte foranledning til at landet i 2007 kuttet antall kommuner fra 275 til rundt 100 (Gjerde 2012). Det kan derfor være naturlig å kunne se samhandlingsreformen og den varslede kommunestrukturen i sammenheng. Ettersom helsetjenester utgjør en betydelig del av kommunebudsjettene, vil samhandlingsreformen være en viktig test av hvorvidt mindre kommuner er rustet til å være generalistkommuner i tiden fremover. Denne oppgaven vil undersøke hvordan store og små kommuner har møtt denne helsereformen, ved å se nærmere på interkommunalt helsesamarbeid i Mossregionen i kjølvannet av reformen. Dette vil være et kvalitativt undersøkelsesopplegg der intervju er den viktigste metoden for datainnsamling. Studien vil ta utgangspunkt i disse to bakenforliggende problemstillingene:

1. Gir samhandlingsreformen kommunene et reelt valg om å inngå interkommunale samarbeid eller ikke?

2. Er interkommunale samarbeid en farbar vei som alternativ til kommunesammenslåing?

Denne studien vil altså undersøke kommuners bruk av interkommunale samarbeid. For å gjøre dette, vil oppgaven basere diskusjonen på premissene og argumentene fra debatten om

kommunesammenslåing. Dette er fordi momentene som blir lagt til grunn i vurderingen av dagens kommunestruktur, i stor grad er de samme som man må ta hensyn til i en vurdering av interkommunale samarbeid. Som oppgaven vil vise i 2.1. *Debatten om kommunesammenslåing*, handler det viktigste argumentet om hvorvidt en liten kommune er *robust* nok til å produsere tjenestene den blir pålagt med tilstrekkelig *kvalitet*. Oppgaven vil dermed belyse om robusthets- og kvalitetshensyn kan bli dekket av interkommunale samarbeid på en frivillig og hensiktsmessig måte, uten å gå på akkord med generalistkommuneprinsippet. I så fall vil det svekke argumentene til tilhengerne av kommunesammenslåing. Oppgavens diskusjon om kommunale tjenester vil ta utgangspunkt i Figur 1:

Lav integrasjon <---> Høy integrasjon



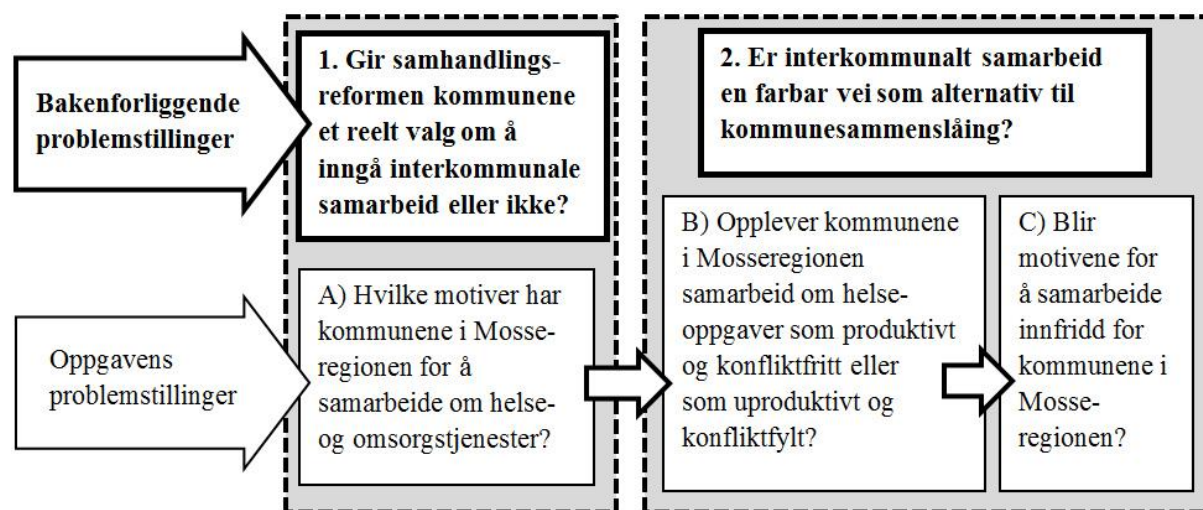
Figur 1: Grad av integrasjon mellom kommuner

I sin rendyrkede form går ideen bak generalistkommuneprinsippet ut på at hver enkelt kommune har ansvar for alle sine oppgaver på egenhånd. I mange tilfeller viser det seg at det er mer praktisk å samarbeide med nabokommuner. Dette har i stor grad dreid seg om administrative og tekniske tjenester, men de siste årene har det også blitt tillatt med samarbeid om individrettede tjenester. Et eksempel på dette er samhandlingsreformens krav til kommunene om å opprette såkalte «øyeblikkelig hjelp døgntilbud» (heretter kalt ø-hjelp), som i stor grad blir løst interkommunalt (Baaske m. fl. 2013:IV). Omfattende bruk av slike samarbeid kan utfordre generalistkommuneprinsippet ved at mange beslutninger i praksis tas utenfor kommunestyrene (KS 2013). Dette prinsippet kan allikevel være opprettholdt i den forstand at den enkelte kommune fremdeles sitter med det endelige *ansvaret*. Om to eller flere kommuner samarbeider i tilstrekkelig høy grad eller om kvaliteten på tjenestene i den enkelte kommune er for dårlig, vil noen argumentere for at det er mer rasjonelt å slå sammen kommunene. En sammenslåing vil fjerne utgiftene til selve organiseringen av samarbeidene og kan gjøre ansvarslinjene klarere. Dette er i tråd med Høyre-Frp-regjeringens syn: Regjeringen er skeptisk til omfanget av interkommunale samarbeid, men ønsker heller å opprettholde dagens generalistkommuneprinsipp gjennom å etablere større kommuner (Høyre og Frp 2013:47).

Bakenforliggende problemstilling 1 vil ta for seg pil 1, altså beslutningssituasjonen der kommunene bestemmer seg for å inngå interkommunale samarbeid. Her vil oppgaven se på handlingsrommet og motivasjonen til deltakerkommunene: Har de et reelt valg, eller er kravene som stilles gjennom samhandlingsreformen så høye at mindre kommuner i realiteten *må* samarbeide? Bakenforliggende problemstilling 2 dreier seg om pil 2. Her vil oppgaven undersøke hvordan kommuner vurderer det å utføre oppgaver gjennom interkommunale samarbeid, sett opp mot alternativet kommunesammenslåing.

1.2 Oppgavens tre problemstillinger

De to bakenforliggende problemstillingene er utgangspunktet for undersøkelsen, men casestudiene vil ikke empirisk kunne bekrefte eller avkrefte disse spørsmålene. Derimot skal de to problemstillingene aktualisere denne studien og bidra i drøftingen av oppgavens empiri. Ut fra disse to bakenforliggende problemstillingene er det formulert tre problemstillinger (A-C), som vil bli forsøkt besvart empirisk. Sammenhengen mellom alle problemstillingene vises i Figur 2:



Figur 2: Oversikt over oppgavens problemstillinger

1.2.1 Motiver for samarbeid

Oppgavens første bakenforliggende problemstilling tar utgangspunkt i at interkommunale samarbeid i all hovedsak skal være frivillig å inngå for kommunene – og dette prinsippet gjelder også for samhandlingsreformen (KRD 2010; HOD 2009:28; Halvorsen 2011). Når det gjelder reformens lovpålagte krav om ø-hjelp, viser det seg at tre av fire kommuner har startet opp eller er i ferd med å starte opp samarbeid om et slikt tilbud (Baaske m. fl. 2013:IV).

Samarbeid trenger ikke være problematisk i seg selv dersom det blir gjort *frivillig*. Dette vil oppgaven undersøke gjennom problemstilling A, som ser på hvilken motivasjon kommunene har for å samarbeide om helsetjenester. Her vil både instrumentelle og institusjonelle motiver bli undersøkt. Det er problematisk dersom mindre kommuner ikke ser noe annen realistisk mulighet enn å inngå samarbeid med andre større kommuner. Dette vil være både imot intensjonen med samhandlingsreformen og et interessant funn i seg selv. Da kan man få en situasjon der de store kommunene kan diktere betingelser som de mindre kommunene i praksis må godta, ettersom de vil ha store utfordringer med å etablere tjenestene samfunnet pålegger dem på egenhånd. Det er en utbredt forestilling at offentlige systemer løpende må tilpasses brukernes behov, og ikke omvendt (NOU 2005:6, s. 118). Dermed er det et argument *for* kommunesammenslåing om kommuner opplever at de er nødt til å inngå samarbeid for en rekke tjenester. I motsatt fall, om kommunene faktisk har et valg der de frivillig inngår samarbeid fordi de ser det som ønskelig, vil dette kunne være et argument for at kommunestrukturen i utgangspunktet er robust nok, men at mange kommuner *velger* å samarbeide for å bedre tjenestene.

1.2.2 Dynamikk og måloppnåelse

Den andre bakenforliggende problemstillingen som oppgaven skal belyse, spør om interkommunale samarbeid kan utgjøre et reelt alternativ til kommunesammenslåing. For å gjøre dette, vil studien undersøke om de fire kommunene i Mossregionen opplever at interkommunale samarbeid løser utfordringene de har i helsesektoren. Dette vil hovedsakelig bli besvart gjennom problemstilling B. Her vil det komme fram hvorvidt respondentene oppfatter at samarbeidene om helse- og omsorgsoppgaver har lavt konfliktnivå og er produktive, eller om de er konfliktfylte og lite produktive. Deretter vil oppgaven undersøke i hvilken grad variablene «felles vinning», «aktørenes interesser», «aktørenes politiske makt» og «stabilitet i aktørenes interesser» kan forklare samarbeidssammenhengene. Dette forskningsopplegget gjør det mulig å se hvor hensiktsmessig aktører på ulike nivåer i kommunene opplever at det er å produsere tjenester gjennom interkommunale samarbeid.

For ytterligere å belyse dette spørsmålet, vil oppgaven se på om kommunenes målsettinger og motivasjoner for å inngå de interkommunale samarbeidene er blitt innfridd. Dette utgjør problemstilling C. Besvarelsen vil kun være meningene til informantene, og er dermed ikke et fullt svar på hvor godt kommunesamarbeidet fungerer. Det vil for eksempel ikke bli utført noen økonomiske analyser eller intervjuer med brukerne av tjenestene. Ettersom oppgaven er knyttet opp mot samhandlingsreformen som ikke vil være ferdig gjennomført før 1. januar

2016, vil oppfatningene til de involverte aktørene være en god måte å få innsikt i hvordan interkommunale helsesamarbeid fungerer så langt under reformen.

Fordi oppgaven ikke ser på mer enn én region, vil den ikke kunne komme med noen generaliserbare konklusjoner. Samarbeidsklimaet og måloppnåelsen kan være svært ulik i andre regioner. Forskningsopplegget gir derimot et godt grunnlag for å gi en konklusjon på hvordan helsesamarbeidene i caseregionen fungerer., og undersøke mekanismer som kan være tilstede i andre liknende samarbeid. Dette kan gi et godt innblikk i utfordringer og muligheter for denne organiseringsformen. Om samarbeidene på et såpass avansert og politisk utfordrende område som helsetjenester er frivillige og virker etter hensikten for alle kommunene, vil denne casen være et argument *imot* ressurskrevende og til dels lite populære kommunesammenslåinger. I så fall er Mosseregionen et eksempel på at mindre kommuner gjennom samarbeid kan oppnå det regjeringen ønsker å oppnå gjennom sammenslåinger. Om oppgaven derimot skulle finne ut at samarbeidene er ressurskrevende og preget av konflikt, vil denne casen være et argument for at det er problematisk med omfattende bruk av interkommunale samarbeid som et alternativ til kommunesammenslåing.

1.3 Studiens oppbygging

Ettersom debatten om kommunesammenslåing er helt sentral for denne studien, vil denne bli viet god plass i kapittel 2. Først vil utviklingen av kommunen i etterkrigstiden og motstanden mot sammenslåing kort bli gjennomgått. Deretter vil oppgaven gå gjennom forskningen som underbygger de ledende argumentene i debatten om kommunesammenslåing. Videre vil oppgaven gå nærmere inn på samhandlingsreformen og interkommunale samarbeid. Under de to siste temaene vil ø-hjelp bli gitt ekstra stor plass. Kapittel 3 går gjennom oppgavens teoretiske fundament. For å besvare problemstilling A vil studien bruke Jacobsen m. fl. (2010:15-18) sitt teoretiske rammeverk. Det tar for seg motivasjoner for å inngå interkommunalt samarbeid i et instrumentelt og institusjonelt perspektiv. Det teoretiske rammeverket til problemstilling B er hentet fra Steinacker (2004), som ser på hva som fremmer og hemmer samarbeid om tjenester mellom politiske aktører. Problemstilling C knytter seg teoretisk opp mot den første problemstillingen og ser på om kommunenes målsettinger for å samarbeide er blitt innfridd. Kapittel 4 vil gå gjennom de metodiske valgene. Der vil det bli redegjort for forskningsopplegget ved å gjennomgå valg av case, begrunnelse for datainnsamlingsmetode og forskningsetiske vurderinger. Kapittel 5 – 8 vil presentere oppgavens empiri og gi svar på problemstillingene. Kapittel 9 gir et sammendrag av denne undersøkelsens hovedfunn og peker på noen mulige veier videre på forskningsfeltet.

2. Tidligere forskning

Dette kapittelet vil gå gjennom noen av de viktigste debattene som studiens forskningsspørsmål er en del av. Ettersom kommunenes arbeidsoppgaver og organisering er blitt gjenstand for mye forskning, kan disse forskningsspørsmålene være et langt bedre bidrag til denne forskningen om de settes inn i en kontekst. Først vil oppgaven se på kommunens rolle i etterkrigstiden, før den vil presentere ideene bak generalistkommunesystemet. Deretter går studien gjennom debatten om kommunesammenslåing. Her vil oppgaven undersøke det forskningsmessige belegget for de tre mest framtreddende kategoriene av argumenter for sammenslåing, som er effektivitet, demokrati og robusthet/kvalitet. Denne gjennomgangen er helt sentral, fordi den legger premissene for resten av oppgaven. Om interkommunale samarbeid kan løse de samme utfordringene som man søker å oppnå gjennom sammenslåinger på en konfliktfri måte, så svekkes argumentasjonen til tilhengere av kommunesammenslåing. Deretter vil oppgaven gå nærmere inn på forskningen om samhandlingsreformen, der reformen vil bli sett i lys av den generelle forvaltningsutviklingen. Dette kapittelets siste tema er forskningen på interkommunale samarbeid. I de to siste temaene vil «øyeblikkelig hjelp døgntilbud» (ø-hjelp) bli viet ekstra plass.

2.1 Debatten om kommunesammenslåing

2.1.1 Kommunene fra 1950 til i dag

Omfattende bruk av interkommunale samarbeid kan sies å være et resultat av at kommunen har blitt tillagt stadig nye og mer krevende oppgaver uten at kommunestrukturen har gått gjennom tilsvarende endringer (Sørensen 2004:2-3). Den siste store strukturreformen fant sted på 1950- og 60-tallet. Basert på Schei-komiteens arbeid besluttet Stortinget da å gjennomføre en betydelig sammenslåingsreform, som resulterte i en reduksjon fra 744 til 454 kommuner i tidsrommet 1958-1967. I 1974 var antall kommuner redusert til 443 (Rose og Pettersen 2003:242; Vanebo 2012:4). Siden den gang har det vært noen mindre endringer i strukturen, slik at det i dag er 428 kommuner.

Økningen i de kommunale oppgavene har gitt utslag i antall sysselsatte i kommunene. I 1970 var rundt 167.000 personer kommunalt ansatt, mens det tilsvarende tallet hadde steget til 516.000 i 2010. Dette betyr at rundt 20 prosent av alle ansatte i Norge i dag har kommunen som arbeidsgiver (Vanebo 2012:2). Det er også store forskjeller i størrelsen på kommuner. 80 prosent av innbyggerne bor i store, sentrale kommuner med over 10.000 innbyggere (NIVI

2013:10). Gjennomsnittskommunen har 11.7000 innbyggere, mens mediankommunen har 4.600 innbyggere, noe som betyr at godt over halvparten av kommunene har under 5.000 innbyggere (Vanebo 2012:2). Mange stiller spørsmål ved om mange av disse små kommunene har et godt nok befolkningsgrunnlag til å være effektive og styringsdyktige. Et vanlig synspunkt er at stordriftsfordelene gjennom sammenslåingene fra 1960-tallet nå er tatt ut, og at det er behov for en ny runde med kommunesammenslåinger (Rose og Pettersen 2003:242).

I 1992 foreslo Christiansen-utvalget prinsipper for kommune- og fylkesinndelingen. Utvalget konkluderte blant annet med at ingen kommuner burde ha mindre enn 5.000 innbyggere (NOU 1992:15, s. 330-335). I den påfølgende stortingsdebatten ble det likevel enighet om et Senterparti-forslag som gikk ut på at det skulle være frivillig for kommunene å slå seg sammen. Svært få kommuner har slått seg sammen siden den gang (Vanebo 2012:4-5; Baldersheim og Rose 2003:232). Dette ser nå ut til endre seg. I 2012 gikk Høyre på sitt landsmøte inn for tvangsammenslåing av kommuner, der Stortinget skulle bli gitt oppgaven å tegne et nytt kommunekart (Gjerde 2012). I Høyre og Frps regjeringsplattform er dette fulgt opp med at det skal gjennomføres en kommunestrukturereform som skal føre til «[e]n mer robust kommunestruktur [som] vil sikre mer kompetanse og større faglighet i den enkelte kommune» (Høyre og Frp 2013:47). Det foreløpige resultatet av dette har kommet gjennom regjeringens ekspertutvalg for kommunesammenslåing. I den første delrapporten foreslår utvalget blant annet at minstepørrelsen på kommuner bør være mellom 15.000-20.000 innbyggere, noe som tilsvarer at antall kommuner vil komme ned mot 100 (KMD 2014a:131,135). Dette innbyggerkravet har regjeringen gått noe vekk fra i den påfølgende stortingsproposisjonen som beskriver kommunereformen (KMD 2014b).

Kritikken mot interkommunale samarbeid må sees i lys av tre punkter oppgaven har pekt på her: dagens politiske situasjon, de store kommunale ressursene og de store ulikhetene i kommunestørrelser. Dette vil bli drøftet videre under 2.3 *Interkommunale samarbeid*.

2.1.2 Generalistkommunen

Helt sentralt for både diskusjoner om interkommunale samarbeid og kommunesammenslåing er prinsippet om generalistkommunen. Dette prinsippet innebærer at Oslo med over 600.000 innbyggere og Utsira med rundt 210 innbyggere i utgangspunktet har ansvar for de samme tjenestene. Begrepet «generalistkommune» brukes på litt ulike måter, men kjernen går ut på at alle kommuner forventes å kunne ivareta de samme grunnleggende funksjonene og de samme

lovpålagte oppgavene, uavhengig av kommunestørrelse eller administrativ kapasitet (NOU 2005:6, s. 115). Funksjoner som ofte trekkes fram er demokrati, tjenesteyting, samfunnsbygging og rettssikkerhet. Med demokrati legges det vekt på at kommunens innbyggere skal ha reell mulighet til å påvirke kommunens avgjørelser, mens kommunene skal ha handlingsrom til å gjøre reelle prioriteringer. Innen kommunal tjenesteyting forventes et visst omfang på tjenestene, og at kvaliteten og effektiviteten er på et tilfredsstillende nivå. Innen rettssikkerhet kommer krav om habilitet og kompetanse, mens samfunnsbyggingsfunksjonen blant annet legger vekt på kommunens evne til å legge til rette for næringsliv eller gjennomføre miljøtiltak (Myrvold 2001:17).

I etterkrigstiden ble kommunen et ledd i statens administrative apparat som iverksetter av nasjonale velferdstiltak. Et grunnleggende prinsipp var et dette skulle skje ut fra lokale forhold og med lokal deltakelse. Dette førte til en opprustning av kommunene samtidig som kommunene i økende grad ble regulert med særlover og andre statlige føringer. Til tross for forsøk på regelforenkling for kommunene, der man ville begrense særlover og øke styringen gjennom rammetilskudd, økte antall lover og forskrifter som angår kommunesektoren med 50 prosent fra midten av 1980-tallet til 1996. Noen utviklingstrekk de siste 30 årene peker på større lokalt selvstyre, mens andre trekk peker i motsatt retning. Det som uansett fremstår som klart, er at statens fristillingspolitikk etter hvert førte til problemer med å styre kommunene fra sentralt hold, noe som førte til økt bruk av rettighetsfesting for kommunale tjenester (Fimreite 2003:336-341; Baldersheim og Rose 2003:235).

De statlige styringsvirkemidlene overfor kommunene har økt i omfang og blitt mer detaljerte de siste 10-15 årene. Særlig gjelder dette regelstyring innen velferdsområdet, men det har også vært en vesentlig økning av pedagogiske virkemidler som statlig rettleiing (KRD 2012:72-73; Difi 2010:67-71). Dette gjør at kommunene får «mindre mulegheit til å ta avgjerder ut frå lokale tilhøve og mindre mulegheit til å sjå ulike behov i samanheng» (KRD 2012:73). Utviklingen legger press på både kommunene og på generalistkommuneprinsippet, og blir ofte omtalt som en statliggjøring av kommunene (Rønne 2012).

Denne statliggjøringen har vært nært forbundet med overføringen av oppgaver til kommunene. Yngve Carlsson (2010:4) viser i et KS-notat hvordan både kommunens oppgaver har økt i omfang og kompleksitet de siste 30-40 årene (se også NOU 1992:15, s. 36; KMD 2014a:25,40). Dette har skjedd gjennom større reformer, stadig tildeling av nye oppgaver, og at fenomener som tidligere ikke var sett på som problemer, gradvis har fått

status som kommunale problemer. I samme periode som vi har opplevd sterk velstandsutvikling, har terskelen for hva som aksepteres av sykdommer, mistrivsel og utrygghet blitt lavere. Lite tyder på at denne utviklingen vil stoppe. Regjeringens ekspertutvalg for kommunesammenslåing begrunner også sine kriterier for ny kommunestruktur med at man kan vente at kommunene vil få flere og mer kompliserte oppgaver i årene fremover (KMD 2014a:131). I en undersøkelse svarer mange sentrale politikere og journalister også at de tror flere reformer som samhandlingsreformen vil presse frem endringer i kommunestrukturen eller føre til mer interkommunalt samarbeid (Blåka m. fl. 2013:22).

Utviklingen i etterkrigstiden ser ut til å være i tråd med Wagners lov, som er basert på den tyske økonomen Adolph Wagners forskning på slutten av 1800-tallet. Denne går ut på at økt velstand og inntekt fører til større etterspørsel etter offentlige velferdsgoder, og at denne etterspørselen øker relativt sett *mer* enn inntektsøkningen (Vanebo 2012:56). I en norsk kontekst kan dette resultere i at det økte omfanget av oppgaver bør møtes med kommunesammenslåinger, flere interkommunale samarbeid eller at staten må overta noen av de store oppgavene (Rattsø 2003:28). NOU 2005:6 påpeker at dersom «store deler av kommunens oppgaveløsning forutsetter at kommunenes lovpålagte ansvar overføres til interkommunale organer, kan det stilles spørsmål ved om generalistkommunerollen oppfylles» (NOU 2005:6, s. 117-118). Dette er relevant for denne oppgaven, som ser på om kommunene opplever at de er nødt til å samarbeide for å utføre lovpålagte oppgaver og om samarbeidene fungerer etter intensjonen. Det er stor oppslutning om generalistkommuneprinsippet, og denne oppgaven ønsker å kaste lys over om dette prinsippet er forenlig med dagens situasjon med utstrakt bruk av interkommunale samarbeid.

2.1.3 Motstand i befolkningen

En sentral grunn til at det ikke har skjedd store endringer i kommunestrukturen de siste tiårene, er den sterke motstanden mot kommunesammenslåinger i befolkningen. I samme periode har mange offentlige utredninger og rikspolitikere vært positive til slike sammenslåinger (NOU 1992:15, s. 38; NOU 1996:1, s. 269-272; KMD 2014a:129-138). Mens 49,5 prosent av befolkningen vil redusere antall kommuner i 2011, var bare 39 prosent positive til at egen bostedskommune skulle slås sammen med én eller flere av nabokommunene (Havro 2011). Disse tallene har vært nokså stabile over tid (Rose og Pettersen 2003:251). Samtidig er det særlig de som bor i mindre kommuner og i periferien som slutter opp om sin kommune og stiller seg kritisk til at den skal bli slått sammen med

andre kommuner (Baldersheim og Rose 2003:232). Én måling viste at motstanden er størst i kommuner med under 2.500 innbyggere (Rose og Pettersen 2003:254).

De små kommunenes motstand kan i mange tilfeller tolkes som skepsis mot at egen kommune skal bli en utkant av en større kommune (Sørensen 2004:3). Dersom man i utgangspunktet er tilfreds med hva kommunen leverer, kan det oppfattes som risikabelt å slå seg sammen med en større kommune i håp om bedre og flere tjenester. Interkommunale samarbeid kan derfor fremstå som et alternativ som gir både i pose og sekk. En undersøkelse viser at politikere flest ser på kommunesammenslåinger som et spørsmål om kostnadseffektivitet, mens folk flest i langt større grad legger vekt på nærhet, trygghet og kvalitet. Her kommer det også fram at både tilhengere og motstandere av kommuneslåing anser effektivitet i tjenestetilbudet og omfanget av tjenestene som de viktigste kriteriene for hva en kommune skal levere.

Kommunalt *selvstyre* blir sett på som minst viktig av de undersøkte faktorene (Rose og Pettersen 2003:247,249-250,263). Dette tyder på at folk flest er mer opptatt av systemkapasitet – altså hva kommunen kan levere av tjenester – enn av effektiv representasjon (Klausen og Johnsen 2006:42).

Den generelle motstanden mot å slå sammen egen kommune med andre kommuner, gjør det nokså klart at det må sterkere sentral styring til for å få gjennomført omfattende sammenslåinger (NOU 2005:18, s. 44-45). Dette var tilfellet i Danmark, der prinsippet om frivillige sammenslåinger ikke hadde ført til nevneverdige endringer i kommunestrukturen på 30 år. I 2007 vedtok derfor danskene omfattende tvangssammenslåinger av kommuner (Vanebo 2012:59). Den nye Høyre-Frp-regjeringen har nå åpnet for en liknende politikk (Larsen 2014). Motstand mot sammenslåing i mindre kommuner kan gjøre dette til et politisk kostbart prosjekt. I de neste avsnittene vil oppgaven peke på hvilke argumenter som likevel kan tale for å erstatte ustrakt brukt av interkommunale samarbeid med omfattende endringer i kommunestrukturen.

2.1.4. Argumentene og forskningen

I debatten om kommunesammenslåing blir flere typer argumenter løftet fram. Disse kan grupperes under kategoriene effektivitet, demokrati og robusthet/kvalitet. Her vil gyldigheten av dem bli gjennomgått, noe som er grunnleggende for denne oppgaven. De argumentene som har godt belegg, utgjør kravene som mindre kommuner må klare å løse gjennom interkommunale samarbeid for å rettferdiggjøre dagens organisering.

Effektivitet

Effektivitet og stordriftsfordeler har vært et sentralt argument for tilhengere av kommunesammenslåing. Ved å slå sammen kommuner og dermed øke befolkningsgrunnlaget, antall ansatte og størrelsen på anlegg, kan man ifølge teoretiske argumenter innen både planøkonomi og liberal markedsøkonomi få en mer rasjonell drift av kommunesektoren. I praksis er det imidlertid vanskelig å påvise at sammenslåinger vil gi omfattende besparelser. Noen områder kan vise til moderate stordriftsgevinster, som barnehage, grunnskole, legevakt og institusjonsomsorgen. Administrasjonen i kommuner med over 10.000 innbyggere er som regel billigere enn i kommuner med 2.000-5.000 innbyggere (Rose og Pettersen 2003:241-243). For tekniske tjenester ser man i noen tilfeller klare stordriftsfordeler (Langørgen, Aaberge og Åserud 2002:7). Økonomistyring og kompetanse ser derimot ikke ut til å være noe dårligere i små kommuner, mens rekruttering av fagfolk i én undersøkelse viste seg å være vanskeligere for små kommuner (Myrvold 2001:69; NOU 2005:6, s.42).

Sett i et makroøkonomisk perspektiv er det i liten grad blitt dokumentert omfattende økonomiske besparelser med kommunesammenslåinger i Norge (NOU 2005:6, s. 42). En dansk rapport fra 1995 viser til at heller ikke internasjonale undersøkelser konkluderer med at det kan hentes ut omfattende stordriftsfordeler i kommunal sektor. I rapportens sammendrag står det at selv «under de mest heroiske antakelser» kan ikke stordriftsfordeler forsvare danske kommunesammenslåinger på daværende tidspunkt (Houlberg 1995:3-4,11). Nyere danske erfaringer med sammenslåinger viser heller ingen klare effektiviseringsgevinster. Fire år etter at antall kommuner var kuttet fra 271 til 98, hadde utgiftene steget i 55 prosent av kommunene (Clausen 2013). Den siste rapporten om reformen gir mer positive signaler, men funnene er ikke entydige (ØIM 2013:19-20).

Det nærmeste man har kommet en total oversikt over mulige økonomiske besparelser, finner man i en rapport fra SSB i 2002. Dersom man gjennomførte kommunesammenslåinger slik at ingen kommuner hadde mindre enn 5.000 innbyggere, anslås det at man kan spare 2,7 milliarder kroner årlig målt i 2001-priser. Dersom antall kommuner ble redusert til 90, som tilsvarer antall økonomiske regioner som det ifølge SSBs kartlegging finnes i Norge, så kan man spare 4,1 milliarder kroner (Langørgen m. fl. 2002:27). Ettersom en slik reform vil være kompleks, må man for det første anta at disse tallene er ganske usikre. For det andre, dersom man ser disse summene i sammenheng med kommunal sektors samlede driftsutgifter på 337 milliarder kroner i 2012, blir det vanskelig å forsvare omfattende og til dels upopulære kommunesammenslåinger med kun effektivitet som begrunnelse (SSB 2013). Dette kan

videre underbygges med at flere undersøkelser av gjennomførte kommunesammenslåinger i Norge i liten grad viser klare kutt i offentlige utgifter (Vanebo 2012:28). I sum har dermed effektivitet liten kraft som et argument for kommunesammenslåing.

Demokrati

Demokrati er et argument som brukes av både tilhengere og motstandere av kommunesammenslåing. På den ene siden kan man argumentere for at sammenslåing vil gi bedre vilkår for lokaldemokrati fordi handlingsrommet og kapasiteten til kommunen vil bli større. Det er dette Christiansen-utvalget omtaler som «lokal påvirkningskraft», som går ut på at lokaldemokratiet ikke bare hviler på deltakelse og tilhørighet, men også krever at kommunen har «tyngde og betydning i samfunnsbyggingen og i tjenesteproduksjonen» (NOU 1992:15, s. 178). Den store veksten i antall interkommunale samarbeid betyr dessuten at mange beslutninger i praksis flyttes ut fra kommunestyrene. Noen slike utfordringer kan unngås ved at kommunene blir større. På den annen side argumenterer motstanderne med at større kommuner øker avstanden til politikerne og at den enkelte dermed får mindre påvirkningsmuligheter. Innbyggerne i mindre kommuner har dessuten bedre kunnskap om kommunal tjenesteyting og politiske beslutninger (Rose og Pettersen 2003:244-245,267). Store kommuner kan videre være tungdrevne og et sterkt byråkrati kan i større grad unndra seg politisk styring (Bukve 2002:269).

I diskusjonen om kommunesammenslåing trekkes ulike argumenter frem. Her følger noen sentrale funn. Den direkte kontakten mellom innbyggere og folkevalgte er spesielt høy for kommuner med under 5.000 innbyggere, mens den er tilsvarende lav i de største kommunene. Derimot synes det å være noe større deltakelse i aksjoner og underskriftskampanjer i de store byene enn ellers i landet. Det er små forskjeller i valgdeltakelse. Før 1971 var det høyest deltakelse i større kommuner. Deretter har det vært en lang periode med noe større valgdeltakelse i kommuner med under 2.000 innbyggere (Myrvold 2001:26-29). Ettersom det er langt færre innbyggere per kommunalpolitisk verv, er det klart at langt flere personer i små kommuner har hatt politiske verv. Undersøker man derimot villigheten til å påta seg slike verv, finner man imidlertid ikke noen reell forskjell på store og små kommuner (Bjørklund og Saglie 2000:135). Det er i små kommuner flest innbyggere ser det som mulig å stille til kommunestyret. I små kommuner nyter kommunestyret også større tillit enn i store (Myrvold 2001:29-31).

Ut fra hva man legger vekt på, kan man altså argumentere både for og imot kommunesammenslåing med demokrati som argument. Dette er i tråd med konklusjonene til både Bukve (2002:268) og Grefsrud og Hagen (2003:9). I sin første delrapport heller regjeringens ekspertpanel mot at større kommuner styrker lokaldemokratiet, men konklusjonen og forskningen som legges fram kan vanskelig sies å være entydig (KMD 2014a:133-134). Det både tilhengere og motstandere er mer enige om, er at lokaldemokratiet er under press. Det viser blant annet en nylig utgitt undersøkelse som viser at 37 prosent av de spurte kommunestyrepolitikerne i nord-trønderske kommuner mener det er delegert for mye makt til rådmennene. 45 prosent mener dessuten at rådmannen har gjort opp sin mening før den politiske behandlingen av saker (Haga, Leirset og Lillestøl 2014:65). Ettersom resultatene spriker, er det vanskelig å hvile argumentasjonen for omfattende kommunesammenslåinger på demokratihensyn alene.

Robusthet og kvalitet

Det argumentet som står sterkest i debatten, er robusthets- og kvalitetsargumenter. Argumenter som tar utgangspunkt i tjenesters kvalitet, fagmiljøer og driftssikkerhet bør dessuten også veie relativt tungt, ettersom folk rangerer forhold omkring tjenesteyting høyest når de skal ta stilling til kommunesammenslåing (Rose og Pettersen 2003:267). En måte å måle kvaliteten på tilbudene er å spørre brukerne. Ifølge en måling er innbyggerne i store kommuner mest fornøyd med service og informasjon fra kommunen (Forbrukerrådet 2011). Derimot skårer små kommuner klart best på hvor fornøyde innbyggerne er med velferdstjenester der personlig kontakt er et viktig element. Dette inkluderer sosial- og helsetjenester, skole, barnehage og eldreomsorg (KMD 2014a:48; Rose og Pettersen 200:246). En åpenbar grunn til dette kan være nærheten. I små kommuner er det en viss sjanse for at man kjenner personene som utfører tjenestene, og brukerne kan bli mye raskere kjent med de ansatte – rett og slett fordi det er færre fjes enn i store kommuner. Innbyggerne i små kommuner kan også føle at det er lettere å påvirke politikerne.

En annen grunn kan imidlertid være at små kommuner kan bruke mer ressurser per innbygger enn hva store kan. Dette er fordi små kommuner får langt mer penger per innbygger fra staten enn større kommuner på grunn av to typer småkommunetilskudd. Kommuner under 3.000 innbyggere får et ikke ubetydelig regionaltilskudd, og alle kommuner får det samme basistilskuddet uavhengig av innbyggertall. Ifølge Sørensen (2004:4-5) vil kommuner under 5.000 innbyggere i gjennomsnitt tape 3.300 kroner per innbygger på å slå seg sammen bare på grunn av frafall av tilskudd (i 1998-kroner). Disse ekstramidlene gjør det dermed vanskeligere

å måle om store eller små kommune gir best kvalitet, og svekker dette som et argument (Sørensen 2004:3-6).

Robusthetsargumenter knyttet til fagmiljø og driftssikkerhet har en klarere konklusjon enn kvalitetsargumenter. Grefsrud og Hagen (2003:64) konkluderer med at fagmiljøenes robusthet ser ut til å henge sammen med økende kommunestørrelse: «På de fleste områder er det for få ansatte til at det kan dannes fagmiljøer der personer med høyere utdanning kan arbeide sammen» (Ibid). Dessuten slås det fast at småkommuner har større problemer med å rekruttere fagfolk – særlig innen administrasjon og helsesektoren. Små og perifere kommuner har ifølge flere undersøkelser rekrutteringsproblemer, og ofte små og ustabile fagmiljøer (Ibid). Regjeringens ekspertutvalg for kommunesammenslåing konkluderer med at attraktive «fagmiljø er betydelig enklere å etablere innenfor samme organisasjon, enn i interkommunale samarbeid» (KMD 2014a:137). Videre sier utvalget at «større kommuner vil redusere konsekvensene av tilfeldige svingninger i innbyggernes etterspørsel, samt ustabilitet eller tilfeldige variasjoner i fagmiljøenes kompetanse» (Ibid:129).

Små fagmiljøer kan også være en viktig grunn for at skoler i småkommuner gjør det dårligere på nasjonale prøver (Bonesrønning og Vaag Iversen 2010:4). Et annet uttrykk for denne situasjonen er at 50 kommuner bare hadde én ansatt hver i barnevernet i 2011. Det finnes riktignok mange kommuner som samarbeider om slike tjenester, men det illustrerer at det er problematisk for mange kommuner å skape et fagmiljø (Hegvold 2011). Robusthet handler også om tyngde til å samhandle, forhandle og kommunisere med omverdenen. Indset m.fl. (2012:241) finner at små kommuner har utfordringer med å opptre som likeverdige partnere til regionale instanser som helseforetak, NAV fylke og Bufetats regionkontor.

2.1.5 Oppsummering av argumentene og forskningen

Det ser ut til at det store «slaget» i kommunedebatten vil stå rundt robusthets- og kvalitetskriteriet. Dette stemmer godt med observasjonen til Blåka m. fl. (2013:21) om at denne debatten har foretatt et skifte fra argumenter om effektiv drift og lokaldemokrati til om dagens kommuner er robuste nok. En indikasjon på dette er at regjeringen i sin stortingsproposisjon om kommunereformen brukte ordet «robust» 57 ganger (KMD 2014b). Man kan riktignok finne enkeltstående argumenter relatert til både demokrati og effektivitet ut fra hva man legger vekt på og hvilke sektorer man ser på. Det er likevel vanskelig å rettferdiggjøre en omfattende kommunereform ut fra effektivitets- og demokratihensyn alene. I denne studien vil bakenforliggende problemstilling A derfor undersøke om robusthets- og

kvalitetsmotiver ligger til grunn for helsesamarbeidene. Om det er tilfelle, har kommunene samme motiver for å inngå samarbeid som tilhengerne av kommunesammenslåing bruker for å endre kommunestrukturen. I så fall vil problemstilling B og C vise om interkommunale helsesamarbeid i Mosseregionens tilfelle klarer å løse dette på en god måte. Selv om oppgaven bare ser på én region, så vil intervjuer med sentrale aktører gi innblikk i utfordringer og muligheter med å samarbeide om helseoppgaver. Dette politikkfeltet har blitt ekstra utfordrende på grunn av samhandlingsreformen som stiller store krav til nettopp robusthet og kvalitet (Blåka m. fl. 2013:6). Funnene herfra vil derfor kunne si noe om hvor hensiktsmessig det er å slå sammen kommuner for å nå disse to målsettingene.

2.2 Samhandlingsreformen

Ettersom samhandlingsreformen er sentral i denne oppgaven, vil bakgrunnen for reformen og innholdet i den bli presentert her. Deretter vil reformen bli forsøkt satt inn i den generelle norske forvaltningsutviklingen. Grunnen til at oppgaven avgrenses til helsefeltet er nettopp at samhandlingsreformen kan bli sett på som typisk for en forvaltningstrend vi kan vente mer av i årene som kommer. Bakgrunnen for samhandlingsreformen kan man finne i Wisløff-utvalgets rapport NOU 2005:3 (s. 16-17) «Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste». Utvalget konkluderte med at samhandlingen svikter i overgangen mellom tjenestene, og særlig for personer med behov for langvarig hjelp fra både kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslo en innholdsreform, men i 2009 ble det også besluttet å gjennomføre strukturelle endringer da regjeringen introduserte samhandlingsreformen med stortingsmelding nummer 47 (2008-2009): «Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid» (HOD 2011:28-30). Idégrunnlaget til samhandlingsreformen er ifølge Noralv Veggeland (2013:106-107) hentet fra den britiske helsereformen Health Action Zones fra slutten av 1990-tallet.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen peker på tre hovedutfordringer som reformen skal løse:

1. Behovet for koordinerte tjenester løses ikke godt nok fordi tilbudet er for fragmentert.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografisk utfordringer og endringer i sykdomsbilde vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (HOD 2009:13-14).

Videre peker stortingsmeldingen på de fem hovedgrepene som skal bidra til å løse utfordringene. Disse er en klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, videreutvikling av spesialisthelsetjenesten og tilrettelegging for tydelige prioriteringer. Det første hovedgrepet «en klarere pasientrolle» innebærer å utvikle koordinerte tjenester som møter pasientenes behov ved å oppnå «gode helhetlige pasientforløp» (HOD 2009:14). Det andre hovedgrepet handler om å gi kommunene mer ansvar for pasientene før, i stedet for og i etterkant av sykehus. Målet er å øke kommunenes kompetanse, slik at kommunene i større grad skal kunne forebygge og sette inn mer ressurser tidligere i et sykdomsforløp. Det tredje grepet er å gi kommunene økonomiske insentiver til å forebygge og drive behandling som kan frigjøre kapasitet hos spesialisthelsetjenesten. Det fjerde hovedgrepet er å videreutvikle spesialisthelsetjenesten, i tråd med det førende prinsippet i samhandlingsreformen om «å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må» (HOD 2011:30). Det siste grepet går ut på å tilrettelegge for beslutninger som rettes inn mot pasientforløp istedenfor deltjenestene. Kommunenes plass i denne reformen dreier seg altså i stor grad om at de skal være garantisten for en helhetlig tenkning, som i praksis betyr større oppmerksomhet rundt forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Dette skal føre til helhetlige pasientforløp som skal bygges på prinsippet om «lavest effektive omsorgsnivå» (LEON) (HOD 2009:13-16; HD 2013:4).

2.2.1. Reformens virkemidler

Foruten statlige oppfordringer og rettleidninger, består samhandlingsreformen av både økonomiske og juridiske virkemidler rettet mot kommunene.

Økonomiske virkemidler

Det er hovedsakelig tre økonomiske virkemidler reformen baserer seg på. De to første etablerer en økonomisk forbindelse mellom den statlige spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det første virkemiddelet er døgnpris for utskrivningsklare pasienter. Dette vil si at idet en pasient blir utskrevet fra sykehuset, må pasientens hjemkommune enten ha klart et tilbud til denne pasienten eller betale døgnpris for den ekstra tiden pasienten blir liggende på sykehuset. Målet er å frigjøre kapasitet på sykehuset. Det andre virkemiddelet er kommunal medfinansiering av sykehusbruk. Det er en del unntak for kostbare pasienter, men grovt sett skal kommunene betale 20 prosent av sine innbyggerses sykehusbruk. Tanken er at kommunen dermed får et økonomisk insentiv til å redusere sykehusbruk og satse mer på forebygging. Dette virkemiddelet har imidlertid den nye Høyre-Frp-regjeringen vedtatt å fjerne gjennom sin regjeringserklæring (Høyre og Frp 2013:41). Det siste økonomiske

virkemiddelet er fullfinansiering av ø-hjelpstilbudet. Dette vil oppgaven komme tilbake til (Baaske m. fl. 2013:10).

Juridiske virkemidler

Det ble også innført to nye lover: lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I den første loven blir det poengtert at kommunene har det helhetlige ansvaret for sine innbyggers helse. Kommunene blir her pliktig til å nedfelle mål og strategier for folkehelsearbeid som skal se folkehelsearbeidet i sammenheng med andre kommunale sektorer, som for eksempel miljøvern. Den andre loven skal bedre samhandlingen mellom sektorer og tjenester innen kommunen, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Her pålegges kommunene og helseforetakene å utforme forpliktende, lokale samarbeidsavtaler, som skal sørge for at pasienter og brukere opplever helhetlige, koordinerte og sammenhengende helsetjenester. Samarbeidsavtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Kommunene skal fullfinansiere sykehusets utgifter til utskrivningsklare pasienter fra dag én og må medfinansiere egen sykehusbruk. Denne loven introduserer også fra 2016 den nye kommunale plikten til å tilby døgnopphold til personer med behov for øyeblikkelig hjelp, som vil bli beskrevet nærmere i de neste avsnittene (HOD 2009:29; HOD 2011:29-32; Baaske m. fl. 2013:10-11).

2.2.2 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Den delen av samhandlingsreformen oppgaven vil gå grundigst inn i, er plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp. Den inngår i helse- og omsorgstjenesteloven, og skal fases inn i alle norske kommuner i løpet av perioden 2012-2015. Alle kommuner må derfor alene eller i samarbeid med andre kommuner ha etablert et ø-hjelpstilbud innen 2016. Kommunene har fram til nå hatt plikt til å *vurdere* hva slags tilbud en pasient med behov for øyeblikkelig hjelp skal få. Dette blir som oftest blir løst gjennom legevakt, sykehjemslege eller fastlege med mulighet for å sende pasientene til sykehus. Det nye nå er altså at denne plikten er utvidet, slik at kommunene i en del tilfeller også skal kunne *yte* denne hjelpen selv – døgnet rundt (HD 2013:4-7,21).

Etablering og drift av ø-hjelp er beregnet til å koste 1.048 millioner kroner årlig fra 2016, målt i 2012-kroner. Halvparten blir gitt som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet etter at kommunene har inngått forpliktende samarbeidsavtaler med et helseforetak. Den andre halvparten overføres direkte fra det regionale helseforetaket etter at det kommunale tilbudet er

igangsatt. Fra 2016 skal disse midlene bli en del av rammetilskuddet til kommunene. Dette tilbudet skal være omtalt og planlagt i de lovpålagte avtalene mellom helseforetak og kommuner. Det understekes at avtalene bør sørge for at det ikke blir en fordobling av ø-hjelpskapasiteten, men at deler av dette tilbudet overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (HD 2013:8,21,29).

Slike døgnplasser krever relativt omfattende utstyr, og Helsedirektoratet råder kommunene til å etablere dem i tilknytning til andre eksisterende kommunale tjenester, som legevakt, sykehjem, lokalmedisinsk senter eller utrustet sykestue (HD 2013:19). Videre anbefaler Helsedirektoratet kommunene «å etablere interkommunale løsninger for å sikre robuste tilbud der forholdene ligger til rette for det» (Ibid:8). Her ser vi et eksempel på press fra statlig hold til å inngå samarbeid, selv om dette i utgangspunktet skal være frivillig (KRD 2010). Som vi har vært inne på i *2.1 Debatten om kommunesammenslåing* er det nettopp robusthet som blir brukt som argument.

2.2.3 Samhandlingsreformen speiler forvaltningsutviklingen

Det er to sentrale elementer med reformen oppgaven vil understreke her. Den første handler om at kommunene gjennom flere tiår har fått flere og mer omfattende oppgaver, noe som har ført til at kommuner i omfattende grad har inngått interkommunale samarbeid (Lerø 2014). Samhandlingsreformen stiller ytterligere krav til kommunene og er nærmest et skoleeksempel på denne utviklingen. Reformen er ikke bare en velferdsreform, men også en forvaltningsreform der kommunene får overført flere oppgaven innenfor en pasients behandlingsforløp (Baaske m. fl. 2013:III). Dette kommer til uttrykk gjennom prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå som er en sentral del av reformen. Helsedirektoratet understreker videre at «[d]en forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste må i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene» (HD 2013:4). Man kan vente seg at kravene til kommunene vil bli skjerpet ytterligere i årene fremover. Det blir dermed interessant å undersøke hvordan kommunene tilpasser seg denne utviklingen og om pliktene begynner å bli *for* krevende for mindre kommuner.

Det andre hovedelementet oppgaven vil rette oppmerksomheten mot, er den forvaltningsideologiske utviklingen samhandlingsreformen kan sies å være en del av. Her vil reformen bli satt inn i den generelle internasjonale og nasjonale forvaltningsutviklingen. Den følgende diskusjonen er basert på en oppgave undertegnede skrev høsten 2013 om samhandlingsreformen og sykehusreformen (Jacobsen 2013).

Fra 1980-tallet spredte reformbølgen New Public Management (NPM) seg fra land som Australia, New Zealand og Storbritannia til andre vestlige land (Christensen og Lægreid 2007:1059). NPM er en samlebetegnelse for en rekke virkemidler som tar sikte på å gjøre offentlig sektor mer effektiv og brukerrettet gjennom å hente inspirasjon fra privat sektor (Jensen 2013:33). Sentrale virkemidler her er horisontal og vertikal oppsplitting av forvaltningsorganisasjoner, profesjonell og mer autonom ledelse, mål- og resultatstyring, mer konkurranseeksponering av offentlig sektor og vekt på kostnadsutt (Christensen m. fl. 2010:216).

NPM har satt sitt klare preg på norsk forvaltning – selv om Norge er blitt sett på en langt mer nøktern reformator enn for eksempel Storbritannia (Byrkjeflot og Neby 2005:47). Det var særlig under Stoltenberg I-regjeringen (2000-2001) og den påfølgende Høyre-sentrumsregjeringen Bondevik II (2001-2005) at NPM-ideer fikk gjennomslag. Blant annet satte Stoltenberg I-regjeringen i gang sykehusreformen fra 2001, som i stor grad var i tråd med NPM-ideologi (Christensen og Lie 2007:90-91). Sykehusene ble her overført til statlig eierskap, de ble organisert som regionale og lokale helseforetak og inngikk i en konsernmodell der profesjonelle styrer skulle sørge for effektiv drift. Staten skulle styre med en armlengdes avstand gjennom foretaksmøter og oppdragsdokumenter (HOD 2011:30).

Den påfølgende rødgrønne regjeringen gikk derimot klart imot NPM i sin retorikk og ønsket mer sentralisert styring og samordning (Christensen m. fl. 2010:45). Liknende utvikling der kursen er justert vekk fra NPM, har man sett i andre vestlige land. Innholdet har variert en del, og blitt kategorisert under betegnelser som «Joined-up Government», «New Public Governance» og «New Weberian State» (Bogdanor 2005; Osborne 2007; Pollitt og Bouckaert 2011). Noen av de sentrale elementer som går igjen kan fanges opp av begrepet «Whole-of-Government». Dette er en paraplybetegnelse for endringer iverksatt for å bøte på problemer med økt fragmentering av offentlig sektor og offentlige tjenester, og ønsket om å øke integrasjon, koordinering og kapasitet i offentlig sektor (Christensen og Lægreid 2007:1059-1060).

I egen oppgave (Jacobsen 2013) om sykehusreformen og samhandlingsreformen ble den første kategorisert som en helt tydelig NPM-reform, mens den andre rundt ti år senere markerer et klart kursskifte i retning WoG. Alle elementene i samhandlingsreformen er ikke nødvendigvis idealtyper av helhetstankegangen WoG representerer, men sett over ett legger

reformen helt klart vekt på å se tjenester i sammenheng. Koordinasjon og integrasjon skal til sammen styrke den totale kapasiteten og kvaliteten i det offentlige helsevesenet.

Samhandlingsreformen representerer derfor to sentrale trekk ved forvaltningsutviklingen som ser ut til å fortsette: økt oppgaveoverføring til kommunene, og økte krav til helhets- og koordineringstenkning hos kommunene og i offentlig sektor generelt. Høyre (2013) antyder at partiet ønsker å fortsette denne trenden på sine nettsider, ved å understreke at større kommuner vil kunne «overta flere oppgaver» og «sikre en helhetlig arealutnyttelse». Om partiets ønske om å nedlegge fylkeskommunen blir realisert, vil det dessuten medføre at de fleste oppgavene herfra blir overført til kommunalt nivå. Både oppgaveoverføring og helhetstenkning medfører økt press på kommunen. Å undersøke hvordan disse to utfordringene blir løst av kommunene gjennom å studere samhandlingsreformen, kan derfor gi viktige innspill på hvordan dagens kommunestruktur vil være i stand til å møte enda flere oppgaver og enda større krav som kan forventes i årene fremover.

2.3 Interkommunalt samarbeid

Interkommunalt samarbeid er ikke noe nytt i seg selv, og har eksistert i over hundre år i Norge (NVE 2013:25). Det som har skapt politiske diskusjoner om slike samarbeid, har vært den omfattende bruken av dem de siste to tiårene (Econ 2006:1). Samtidig har oppgavene det samarbeides på, blitt flere. De siste årene er det åpnet for samarbeid om individrettede velferdstjenester, og ikke bare teknisk pregede driftsoppgaver og forretningsmessige virksomhet. Fra 1. januar 2007 ble vertskommunesamarbeid tillat, noe som betyr at kommunene nå kan samarbeide om oppgaver som medfører utøvelse av myndighet. I første omgang ble dette særlig tatt i bruk innenfor barnevern og landbruksforvaltning, men etter samhandlingsreformens inntog har også ø-hjelp i mange tilfeller blitt organisert i vertskommunesamarbeid (KRD 2011:5). I Mossregionen har vertskommuneorganiseringen blitt tatt i bruk både for legevakten og det lokalmedisinske senteret. Dermed er regionen godt egnet for å undersøke erfaringene med denne organiseringsformen.

2.3.1 Organiseringsformer

Interkommunalt samarbeid kan organiseres etter flere paragrafer i kommuneloven. § 27 har siden 1921 utgjort det generelle grunnlaget for å opprette interkommunale samarbeidsorganer. Det er en nokså åpen paragraf, men den krever at det opprettes et styre som skal løse felles oppgaver basert på vedtekter bestemt av kommunestyrene (Jacobsen 2010:4). Styret har kun myndighet til å bestemme forhold knyttet til virksomhetens «drift og organisering» (KS

2005:12). I 2007 kom kommunelovens § 28 som regulerer vertskommunemodellen. Den må være basert på en skriftlig samarbeidsavtale vedtatt av de involverte kommunestyrene. Dette kan enten organiseres som et *administrativt* vertskommunesamarbeid (§ 28b), der det kun overføres beslutningsmyndighet som ikke er av såkalt prinsipiell karakter. Ønsker man derimot å overføre slik myndighet til samarbeidet, kan man opprette en vertskommune med *felles folkevalgt nemnd* (§ 28c). Nemnden vil da bestå av minst to politikere fra hver kommune (KRD 2011:19-20). Bruken av slik nemnd forekommer relativt sjeldent (Blåka m. fl. 2012:121).

I tillegg kan kommuner opprette en samkommune (§28a) som er et eget rettssubjekt med mål om å løse felles oppgaver. Til nå er dette brukt i svært begrenset grad (Vinsand og Nilsen 2008:20-21). Mer brukt er derimot interkommunale selskaper som ble tillatt i år 2000.

Kommuner har dessuten lovgrunnlag for å danne stiftelser og interkommunale aksjeselskaper, mens de også kan opprette mindre omfattende skriftlige og muntlige avtaler (Econ 2006:16-17; KS 2005:12).

2.3.2 Forskning på interkommunalt samarbeid

Leknes m. fl. (2013:III-V) finner i sin undersøkelse 750 formelt inngåtte interkommunale samarbeid i Norge, men antar at det reelle tallet er en del høyere. Hver kommune deltar i gjennomsnitt i elleve interkommunale samarbeid. Det er gjennomsnittlig 5,6 deltakerkommuner i hvert samarbeid og det anslås videre at rundt 10 prosent av kommunenes driftsutgifter kanaliseres gjennom slike samarbeid. Det er faktisk de største kommunene som deltar i flest samarbeid, noe som ikke er helt intuitivt da disse kommunene bør ha best grunnlag for å løse oppgaver på egenhånd. Derimot deltar kommuner med færre enn 1500 innbyggere i flest samarbeid innen helse- og sosialsektoren.

Leknes m. fl. (2013:III) konkluderer med at interkommunale samarbeid gir noen fordeler når det kommer til økonomi og tjenestekvalitet, men at det også gir utfordringer knyttet til styring og kontroll. Både disse fordelene og ulempene er størst for de minste kommunene. For mange kommuner er det helt nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å levere en del type tjenester til innbyggerne, men Leknes m. fl. vil likevel ikke konkludere med at omfanget av de interkommunale samarbeidene er så stort at det uthuler og forvitrer kommunene. Ifølge NOU 2006:7 (s. 145) økt antallet interkommunale *selskaper* fra 773 til 1728 i perioden 1996 til 2004. Utredningen understreker at den største delen av kommunenes virksomhet fremdeles

ble utført av kommunen alene, med unntak av noen tekniske tjenester som renhold og veivedlikehold.

En av de mest omfattende undersøkelsene av interkommunale samarbeid til nå, er gjennomført av Econ i 2006. De 158 kommunene som svarte på undersøkelsen rapporterte inn 1417 ulike samarbeid. Ifølge egenrapportering var gjennomsnittskommunen med i 14 interkommunale samarbeid, hvorav det høyeste antall slike samarbeid for én kommune var 51. I tillegg til disse kommer en rekke uformelle samarbeid kommunene imellom.

Undersøkelsen viser at rådmennene mener de har bedre oversikt over de interkommunale samarbeidene enn politikerne. Administrasjonen opplever dessuten å ha mest innflytelse på samarbeidene. Samtidig opplever kommunestyrerepresentanter utenfor formannskapet at de har mindre innflytelse på disse samarbeidene enn formannskapsmedlemmene (Econ 2006:2,14-15,60-62).

Ulike målinger av antallet interkommunale samarbeid opererer utvilsomt med ulike kriterier eller ulike innsamlingsmetoder, for tallene spriker såpass mye at det er vanskelig å si om det har vært en økning eller ikke. I slike opptellinger må man for eksempel ta stilling til om interkommunale selskaper og regionråd skal telles med. En måling med sammenlignbare tall er Vinsand og Langset (2012:3) sin undersøkelse av formelle interkommunale samarbeid i Nord-Trøndelag mellom 2008 og 2012. I denne perioden økte antallet fra 147 til 218. I en tilsvarende undersøkelse i Sør-Trøndelag økte antall samarbeid fra 143 til 212 mellom 2009 og 2013. Den samlede ressursinnsatsen på interkommunale prosjekter i Sør-Trøndelag var 100 millioner kroner i denne fireårsperioden, over dobbelt så mye som i perioden 2005-2009 (Vinsand og Langset 2013:3). Econ (2006:10) sin undersøkelse registrerer at «omfanget ser ut til å tilta» når det gjelder interkommunale samarbeid, og siden 2006 er det mye som tyder på at omfanget av interkommunale samarbeid har økt ytterligere.

I Econs undersøkelse ble respondentene spurt om hva de anså som de viktigste fordelene og ulempene ved interkommunale samarbeid. De tre viktigste fordelene var henholdsvis kompetansegevinster, bedre kvalitet og service, og økonomisk innsparing. De tre viktigste ulempene var manglende politisk styring, dårligere tilgjengelighet og manglende beslutningskraft. Av de innrapporterte samarbeidene var drøyt 20 prosent innen administrasjon og støttefunksjoner, 13 prosent innen helsetjenester, mens de fire kategoriene kultur, undervisning, tilrettelegging for næringsutvikling, og brann, ulykkesvern og beredskap følger med rundt 10 prosent av samarbeidene hver (Econ 2006:18-19,50-51). I en annen

undersøkelse kom det fram at andelen kommuner som samarbeider er spesielt høy innen revisjon (88 prosent), renovasjon (78 prosent), krisesenter (77 prosent), legevakt (66 prosent) og brannvesen (47 prosent) (Blåka, Tjerbo og Zeiner 2012:116,118).

Ettersom vi her er særlig opptatt av helsetjenester, viser undersøkelsen videre at det i gjennomsnitt er 4,8 kommuner med i hvert helsesamarbeid. Av de undersøkte helsesamarbeidene var 40 prosent legevaktsamarbeid mens 20 prosent var samarbeid om miljørettet helsevern (Econ 2006:19,22). Fordi undersøkelsen fant sted i 2006, får man ikke med samarbeidene som har oppstått på grunn av samhandlingsreformen.

2.3.3 Kritikk av interkommunale samarbeid

Det er flere som stiller seg kritiske til den omfattende bruken av interkommunale samarbeid, slik som regjeringens ekspertutvalg for kommunesammenslåing (KMD 2014a:7).

Christiansen-utvalget slo allerede i 1992 fast at interkommunale samarbeid «gir et dårligere grunnlag for økonomisk kontroll og helhetlig politisk prioritering innenfor den kommunale virksomhet» (NOU 1992:15, s. 328). Flertallet i utvalget kom fram til at interkommunalt samarbeid ikke kunne være et reelt alternativ til endringer i kommune- og fylkesinndelingen (Ibid). Leknes m. fl. (2013:V) kommer i sin casestudie fram til at interkommunale samarbeid medfører betydelige forhandlingskostnader, og at samarbeidene gir lokalpolitikere dårligere oversikt over tjenestene. I en annen case-analyse finner Villa (2013:104) at lokale folkevalgte har svake kunnskaper om både organiseringen av interkommunale samarbeid og kontroll- og evalueringsrutinene. Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen påpeker dessuten at det er en fare for at slike samarbeid kan føre til økt byråkrati (HOD 2009:76).

Econ-rapporten fastslår at kommunene selv ikke ser ut til å ha god oversikt over hvilke samarbeid de deltar i. Faktisk var det slik at kommuner i samme samarbeid ga opptil fem ulike svar på hva som var den formelle organiseringen av dette samarbeidet (Econ 2006:1,17). Liknende usikkerhet blant respondentene fra kommunene finner også Tjerbo (2010:7-8) i en undersøkelse av vertskommunesamarbeid. Videre kommenterer rapporten at «[i]nterkommunalt samarbeid kjennetegnes av svakheter knyttet til politisk styring, kontroll og oversiktighet. Situasjonen i dag kan svekke lokaldemokratisk styring av grunnleggende samfunnstjenester» (Econ 2006:1).

I et administrativt vertskommunesamarbeid står de deltakende kommunestyrene politisk ansvarlig overfor innbyggerne, selv om produksjonen foregår i en annen kommune. Den politiske innflytelsen kommer gjennom spesifiseringen av avtalen og godkjenning av

budsjetter. Den politiske styringen er dermed indirekte, noe som stiller høye krav til kommunenes kompetanse som bestiller av tjenestene. Rapporten fra Econ mener omfattende organisering etter vertskommunemodeller er uheldig ettersom kommunenes innflytelse og rolle som koordinerende generalistorgan dermed blir svekket (Econ 2006:46-47).

Kommunen er fremdeles den viktigste aktøren i interkommunale samarbeid, fordi den har vetorett på alle beslutninger av prinsipiell karakter. Kommer én kommune litt dårligere ut, mens de andre kommunene kommer bedre ut på grunn av en foreslått endring, vil denne endringen bli stemt ned (Andersen 2010:22-23). Dette er blant grunnene til at interkommunalt samarbeid ofte kritiseres for å være lite beslutningseffektivt, og for å mangle politisk styring og åpenhet (KS 2005:4). Det er dermed gode grunner til å tro at tjenestene vil kunne drives mer rasjonelt i en større folkevalgt enhet.

Med dette som bakgrunn kan man si at det går en grense for hvor mange interkommunale samarbeid en kommune kan ha, før den mister noe av sin kontroll og legitimitet. Om mesteparten av kommunens tjenester foregår interkommunalt – og gjerne i samarbeid med de samme nabokommunene – er det av robusthetshensyn en nærliggende tanke at disse kommunene kan slås sammen. Kommunal- og regionaldepartementets veiledningsdokument for vertskommunesamarbeid vil ikke sette en grense for hvor mange samarbeid en kommune kan gå inn i. Den understreker likevel at det kan gå en grense for hva som er demokratisk og administrativt forsvarlig, men at kommunene selv må bestemme hvor denne grensen går (KRD 2011:28).

2.3.4 Kommunene ønsker flere samarbeid

Til tross for kritikken interkommunale samarbeid møter fra flere hold, er holdningen noe annerledes om man spør kommunene selv. Et flertall av kommunes politikere og administrativt ansatte oppga i Econ (2006:61) sin undersøkelse at omfanget av interkommunalt samarbeid bør *økes*. Dette er et interessant funn som kan tyde på at mange kommuner opplever det vanskelig å utføre lovpålagte oppgaver på en tilfredsstillende måte på egenhånd. Et annet interessant funn er at det ikke er noen stor forskjell på svarene til respondenter fra store og små kommuner i tre utvalgte samarbeidsområder i undersøkelsen. I en undersøkelse av Tjerbo (2010:27) svarer kommunene at de er fornøyd med vertskommunesamarbeid. Dette gjelder særlig de minste kommunene.

Det finnes naturlig nok også positive effekter av samarbeid. Leknes m. fl. (2013:VI,170) finner at særlig innen kompetanse og fagmiljø kan kommuner oppleve gevinster gjennom

samarbeid. Spesielt gjelder dette for administrative oppgaver, men også innen helse- og omsorgsoppgaver som legevakt, kommunelege og barnevern. Det rapporteres også om økonomiske besparelser gjennom spesialisering av oppgaver og investering i felles anlegg og utstyr. Ikke overraskende er det særlig kommuner med få innbyggere som relativt sett tjener mest på slike samarbeid. Både i intervjuer med lokalpolitikere og i utredninger er det delte syn på om interkommunale samarbeid er et reelt alternativ til kommunesammenslåing, eller om slike samarbeid heller bør sees på som en forberedelse til en senere faktisk sammenslåing (NOU 2005:6, s. 125-129,227; KS 2005; Nilsen og Vinsand 2009:9,70-71; NIVI 2013:6,12; Weigård 1991:84).

2.3.5 Interkommunalt samarbeid om ø-hjelp

I samhandlingsreformen er ø-hjelp etter innføringen i 2012 i stor grad blitt løst gjennom interkommunale samarbeid. Det er fremdeles begrenset med forskning på temaet, men hovedfunnene til Baaske m. fl. (2013) vil bli oppsummert i de neste avsnittene. I undersøkelsen omtales kommuner med under 5.000 innbyggere som småkommuner, mens storkommuner har over 50.000. De resterende kommunene omtales som mellomstore.

På tidspunktet undersøkelsen fant sted, hadde 198 av de 338 kommunene som besvarte undersøkelsen, startet et ø-hjelpstilbud eller var i ferd med å starte det. Det tilsvarer 58 prosent av respondent-kommunene. Tre av fire kommuner som har startet eller er i startfasen av å tilby ø-hjelp, samarbeider med andre kommuner om dette. Dette gjelder åtte av ti småkommuner. Ikke overraskende er vertskommunene for ø-hjelpstilbudet som regel større kommuner. Bare én av ti vertskommuner er en liten kommune. Det mest vanlige samarbeidet består av flere små og minst én mellomstor kommune. 45 prosent av samarbeidene består av mellom fire og seks kommuner. Bare ett av samarbeidene i undersøkelsen bestod kun av små kommuner. Åtte av ti kommuner som har åpnet ø-hjelpstilbudet, har plassert det i tilknytning til eksisterende kommunale enheter som sykehjem og legevakt. Dette gjør Mosseregionen til et typisk samarbeidsområde for denne typen tjeneste. Regionen består av én mellomstor kommune som er vertskommune for tre klart mindre kommuner, og tilbudet er tilknyttet sykehjem med legevakt i umiddelbar nærhet (Baaske m. fl. 2013:IV-V,20-22).

Undersøkelsen tar også for seg motiver for å gå inn i samarbeid. Mindre kommuner gjør dette hovedsakelig av økonomiske grunner og for å gjøre tilbudet mer robust med styrket faglighet og kvalitet. Større kommuner legger i mindre grad vekt på disse hensynene fordi de har mulighet til å drive ø-hjelp alene. De kommunene som tilbyr ø-hjelp på egenhånd oppgir at

tilbudet i større grad treffer behovet i kommunen. Flere kommuner oppgir imidlertid at de opplever et press fra helseforetaket eller KS om å samarbeide interkommunalt. Dette beskrives som problematisk, da de ønsker å kunne ta slike avgjørelser på egenhånd. Omtrent halvparten av kommunene i undersøkelsen hadde på undersøkelsestidspunktet ennå ikke søkt om tilskudd til å etablere ø-hjelp. Den vanligste årsaken var uavklart samarbeid med en eller flere nabokommuner (Baaske m. fl. 2013:IV,20,22,29,56).

3. Teori

Oppgaven vil benytte to ulike teoretiske innfallsvinkler for henholdsvis problemstilling A og B. Målet er ikke å styrke eller svekke teoriene, men snarere å bruke dem som analytisk rammeverk. Oppgaven vil derfor ikke sette opp hypoteser, men heller gå gjennom teoriens antakelser og forventninger og gjøre rede variablene.

3.1 Problemstilling A: Motiver for samarbeid

Den første bakenforliggende problemstillingen spør om samhandlingsreformen gir kommunene et reelt valg om å inngå samarbeid eller ikke. For å belyse dette spørsmålet må man se nærmere på hvorfor samarbeid har oppstått. Derfor vil oppgaven undersøke motivene for å inngå samarbeid om helsetjenester i oppgavens caseregion gjennom problemstilling A:

Hvilke motivasjon har kommunene i Mossregionen for å samarbeide om helse- og omsorgstjenester?

Den avhengige variabelen i denne problemstillingen er altså hvilke helsesamarbeid som faktisk er inngått i Mossregionen. Analysen vil derfor ha en oversikt over alle samarbeidene som respondentene i undersøkelsen har nevnt. For å forklare hva som er de ulike kommunenes motivasjoner for å inngå samarbeid, vil denne problemstillingen ta i bruk et *instrumentelt* og et *institusjonelt* perspektiv. Disse perspektivene har en lang historisk bakgrunn og bygger på nokså komplekse resonnementer. Perspektivene har ulike teoretiske antakelser om hvilke mekanismer som bestemmer menneskers og organisasjoners handlinger. I norsk sammenheng er de særlig videreutviklet av Christensen m. fl. (2009).

I et instrumentelt perspektiv sees organisasjoner på som redskaper eller instrumenter som handler formålsrasjonelt for å utføre oppgaver (Christensen m. fl. 2009:33). Dette bygger på ideen om instrumentell rasjonalitet som har sin bakgrunn fra økonomisk teori og som er sentral i samlebegrepet «rational choice theory». Teorien om rasjonelle valg ble først brukt til å forklare markedsatferd, men fra 1950-tallet har den i økende grad også blitt brukt innen statsvitenskapelig forskning for å forklare *politisk* atferd. Tankegangen bygger for det første på prinsippet om metodisk individualisme, som innebærer at alle sosiale fenomener skal kunne forklares som resultat av individuelle handlinger og egenskaper. For det andre antas politikere og byråkrater å handle med den hensikt å oppnå størst mulig nytte til lavest mulig kostnader (Østerud 2002:19-20; Malnes og Midgaard 2009:370). Innen statsvitenskap er det

svært vanlig å anta at aktører har *begrenset* rasjonalitet, i tråd med Herbert Simons teori «The administrative man». Dette innebærer at aktører handler på grunnlag av forenklete virkelighetsmodeller og velger tilfredsstillende løsninger som ikke nødvendigvis er optimale (Simon 1997:118-120). I tillegg til at aktørene handler rasjonelt, kan instrumentalitet i dette perspektivet også vise seg ved at organisasjonsstrukturen er basert på mål-middelvurderinger. Dette kan gi utslag i bestemte handlingsmønstre (Christensen m. fl. 2009:27,33,36).

Grunnen til at oppgaven også vil ta i bruk et institusjonelt perspektiv, er at det kan forklare handlinger som ikke bare er motivert av instrumentelle gevinster. Offentlige organisasjoner inngår i et komplekst politisk og samfunnsmessig nettverk. Dette gjør at de ikke alltid løser oppgaver i instrumentell forstand i takt med skiftende behov og omgivelser, slik antakelsen er i et instrumentelt perspektiv (Di Maggio og Powell 1991:2). For å få et mer utfyllende bilde av disse organisasjonenes handlinger, må man også ta hensyn til etablerte regler, sosialt definerte konvensjoner og kulturelle tradisjoner. Den grunnleggende handlingslogikken i dette perspektivet kan vi finne i «The Logic of Appropriateness» av March og Olsen (2006). Denne logikken om «passende» atferd antar at hver enkelt gjør det som oppfattes som rimelig eller akseptabelt, uten at dette nødvendigvis maksimerer den enkeltes nytte. I Christensen m. fl. (2009:23) sin organisasjonsteori kan slike institusjonelle forklaringer deles opp i et kulturelt perspektiv og et myteperspektiv. Det kulturelle perspektivet fremhever begrensninger og muligheter som ligger i etablerte kulturer og tradisjoner. Helt sentralt i dette perspektivet er skillet Selznik (1948:27-28) har etablert mellom organisasjoner og institusjoner. Mens en organisasjon består av formelle normer og strukturer, består en institusjon også av de uformelle og uskrevne normene som etter hvert vokser utenpå organisasjonen. Disse normene kan dermed utgjøre en mekanisme for medlemmenes handlinger. Institusjonalisering gjør organisasjonen mindre tilpasningsdyktig til strukturelle endringer, men den blir også mer robust gjennom sterkere fellesskapsfølelse (Scott 2001:49; Christensen m. fl. 2009:52).

Mens kulturperspektivet studerer innsiden av en organisasjon, retter myteperspektivet oppmerksomheten mot omgivelsene. Ifølge Meyer og Rowan (1977:344) kan offentlige organisasjoner ta valg og gjøre tilpasninger som baserer seg på at omgivelsene anser visse løsninger eller organiseringsformer som passende, rasjonelle eller nødvendige. Slike oppfatninger kan kalles myter, og defineres av Christensen m. fl. (2009:75-76) som en «legitimert oppskrift på hvordan en bør utforme deler av en organisasjon». Myter kan påvirke aktører i tråd «garbage can»-modellen til Cohen, March og Olsen (1972). Her antar man at etablerte løsninger søker problemer. Det instrumentelle perspektivet har den stikk motsatte

antakelsen. Mytene kan være *rasjonaliserte* i den forstand at noen aktører har brukt vitenskapsliknende argumentasjon for å spre mytene, noe man i særlig grad har sett siden 1980-tallet der offentlige virksomheter har blitt utsatt for press for å ta i bruk ideer fra privat sektor. Mytene kan også være *institusjonaliserte* ved at aktører tar mytene for gitt som en tidsriktig eller selvsagt måte å organisere en virksomhet på (Christensen m. fl. 2009:77)

Jacobsen m. fl. (2010:15-18) er blant dem som bruker disse perspektivene. Deres rammeverk setter opp instrumentelle og institusjonelle motiver for å inngå samarbeid, og det er disse motivene denne problemstillingen vil ta utgangspunkt i. Rammeverket knytter seg eksplisitt opp mot interkommunale samarbeid, som der blir sett på som et nettverk av organisasjoner.

Instrumentelle motiver

I det instrumentelle perspektivet tenker man seg at kommuner velger å samarbeide for å løse problemer knyttet til effektivitet, kvalitet, robusthet eller styring. «Effektivitet» handler først og fremst om muligheter for stordriftsfordeler. Gjennom å samarbeide kan driftskostnadene i mange tilfeller senkes, så lenge ikke transaksjonskostnadene ved samarbeidet overgår denne innsparingen. Å holde i gang én ø-hjelpsseng koster mye målt i utstyr og mannskap, mens forskjellen på seks og syv senger kan antas å koste langt mindre. Når «kvalitet» er motivasjonen for å inngå samarbeid, kan det handle om avhengighet av spesielle, dyre innsatsfaktorer for å gi gode nok tilbud. Dette kan være utstyr, kompetanse eller fagmiljø som er vanskelig å skaffe til veie alene. Dette er særlig aktuelt i lys av samhandlingsreformen som skjerper kompetansekravene til kommunene.

Det tredje motivet, «robusthet», handler om at kommuner inngår samarbeid for å bedre stabiliteten og redusere risikoen i driften av tjenestene. Særlig for små kommuner kan svingninger i etterspørselen av tjenester være mer krevende enn i større kommuner. Med små enheter blir man også mer sårbar om nøkkelpersoner blir sykemeldt eller er fraværende. Sett opp mot samhandlingsreformen kan også medfinansieringsansvaret for sykehustjenester være mer utfordrende for mindre kommuner, da en økning i antall personer som er innlagt på sykehus vil gi relativt sett større utslag enn for en stor kommune. Det siste instrumentelle motivet for samarbeid i modellen er «styring». Dette motivet handler om at samarbeid kan løse ulike grenseoverskridende problemer. Funksjonelle regioner med flere kommuner krever mye koordinering som kan løses ved å inngå formaliserte samarbeid. Samarbeid kan også gi regionen som helhet bedre planleggings- og utredningskapasitet, større muligheter til å

påvirke og økt forhandlingsstyrke. Dette kan blant annet være viktig i møte med statlige helseforetak (se også diskusjon i Bjørge 2012:20,67).

Institusjonelle motiver

Det *institusjonelle perspektivet* antar at motivene for samarbeid kan basere seg på mer enn instrumentell oppgaveløsning, og inkluderer både kulturperspektivet og myteperspektivet. Det legger til grunn en forståelse av at offentlige organisasjoner ikke bare er avhengig av effektivitet, men også legitimitet og støtte fra omgivelsene for å overleve. Særlig kan dette sees opp mot trusselen om kommunesammenslåing som mange små kommuner stadig møter fra sentralt hold (Jacobsen m. fl. 2010:14). I det institusjonelle perspektivet setter Jacobsen m.fl. (2010:17-18) opp tre motiver som alle er basert på å sikre kommunens legitimitet: tilpasning til lover og regler, tilpasning til normer og tilpasning til «tatt-for-gitt-holdninger». Selv om kommuneloven åpner for at kommuner kan bli pålagt å inngå samarbeid, finnes det ikke noe juridisk pålegg om å samarbeide i samhandlingsreformen. Som hovedregel skal samarbeid være frivillig. Motivet «tilpasning til lover og regler» vil dermed i denne oppgaven bli forstått som at respondentene *i praksis* opplever å bli pålagt å samarbeide av statlige instanser. Dette motivet har et mer tvangsmessig preg enn de andre uavhengige variablene.

Det andre institusjonelle motivet er «tilpasning til normer», og bør ses i sammenheng med Christensen m. fl. (2009:77) sin beskrivelse av rasjonaliserte myter. Omgivelsene inneholder et sett med normer der enkelte organisasjonsformer vurderes som gode og effektive. For små kommuner kan interkommunale samarbeid bli sett på som en slik norm, fordi de gir større enheter og øker befolkningsgrunnlaget for en del kritiske tjenester. Uavhengig om større enheter faktisk fører til bedre kommunale tjenester, kan dette være en utbredt oppfatning i omgivelsene og fra statlig hold. Dermed kan inngåelse av samarbeid dempe omgivelsenes krav om kommunesammenslåing. Det siste motivet er «tilpasning til tatt-for-gitt-holdninger» og passer under Christensen m. fl. (2009:77) sin fremstilling av institusjonaliserte myter. Noen organisasjonsformer oppfattes som moderne og effektive – uavhengig om de faktisk gir bedre resultater. Én årsak til den utbredte bruken av interkommunale samarbeid det siste tiåret kan dermed være at mange kommuner ser på dette som en moderne organisasjonsform. Dette synet kan eksistere uavhengig av om slike samarbeid gir bedre oppgaveløsning eller ikke.

Gjennom intervjuer vil denne studien undersøke om respondentene i Mossregionen kan sies å ha instrumentelle eller institusjonelle motiver for å inngå samarbeid. For den første bakenforliggende problemstilling er det også avgjørende å se hvorvidt kommunene opplever

at de har et reelt valg om å inngå samarbeid eller ikke. Samtidig er det interessant for den andre bakenforliggende problemstillingen om det er kvalitet- og robusthetsargumenter som er driveren for samarbeid i små kommuner, fordi dette er de fremste argumentene til tilhengerne av kommunesammenslåing.

3.2 Problemstilling B: Konfliktnivå og produktivitet

Hvis interkommunalt samarbeid i en region skal være en farbar vei sammenliknet med kommunesammenslåing, så må samarbeidene fungere tilfredsstillende i regioner med utstrakt samarbeid. Det er imidlertid vanskelig å sette bestemte krav til måloppnåelse eller samarbeidsklimaet i en region. Derimot kan man undersøke hvordan involverte aktører ser på inngåelsen av og dynamikken i samarbeidet. Dette er utgangspunktet for problemstilling B:

Opplever kommunene i Mosseregionen samarbeid om helseoppgaver som produktivt og konfliktfritt eller som uproduktivt og konfliktfylt?

Det teoretiske grunnlaget for besvarelsen av denne problemstillingen er hentet fra Annette Steinacker (2004:46-66) sitt kapittel i antologien «Metropolitan Governance: Conflict, Competition and Cooperation». Denne boken ble til som en del av et statsvitenskapelig symposium i Florida i 2002. Målet med både symposiet og boken var å forbedre det metodologiske og teoretiske fundamentet for studiet av lokalpolitikk, som forfatterne mente var mangelfullt. I boka påpekte forfatterne også at forskningen på feltet de siste årene hadde vært i utvikling, og at boken dermed kunne sees på som en fremstilling av hvor langt forskningen var kommet på dette feltet.

Boken vil gjøre forskere bedre i stand til å forstå strategisk interaksjon mellom lokale myndigheter i byer eller regioner der valg tas under usikkerhet. Hver by eller region sees på som en rasjonell aktør som har nyttemaksimering som mål. Resultatet av denne politikken avhenger imidlertid ofte av hvilke valg de andre nærliggende byene eller regionene tar. Problemer med koordinasjon og usikkerhet om hva andre foretar seg, kan føre til situasjoner der aktørene avstår fra å handle, selv om det kunne vært til felles nytte for alle parter. Et mål med denne antologien er dermed å komme med teori og empiri som viser hvordan interaksjon på politisk, administrativt og sivil plan kan legge til rette for gode samarbeid.

Steinacker (2004) sitt kapittel «Game Theoretic Models of Metropolitan Cooperation» handler om muligheten for å inngå samarbeid mellom byer. Oppmerksomheten rundt dette forskningsfeltet økte midt på 1990-tallet, men forskningen handlet da i første rekke om

hindringene for å få til omfattende samarbeid. Etter hvert rettet forskningsfeltet seg mot mer begrensede samarbeid om enkelttjenester mellom byer. Steinacker vil med sitt teoretiske bidrag gi en forståelse av hvilke betingelser som gjør at byer vil ønske å samarbeide om en tjeneste. Dette gjør hun ved å ta utgangspunkt i fire karakteristikk for aktørene og tjenestene det skal samarbeides om. Disse er «felles vinning», «aktørenes interesser», «aktørenes politiske makt» og «stabilitet i aktørenes interesser». Steinacker bygger videre på disse karakteristikkene for å sette opp tre spillteoretiske modeller som bygger på forutsetningen at aktørene er rasjonelle. Denne oppgaven vil kun ta utgangspunkt i disse fire karakteristikkene, som vil være denne problemstillingens uavhengige variabler. I Steinackers analytiske rammeverk er det snakk om byer som skal samarbeide om produksjon av tjenester, men det bør passe like godt med kommuner. Oppgaven vil undersøke forklaringskraften til disse fire karakteristikkene for konfliktnivået og produktiviteten i de interkommunale samarbeidene i Mossregionen. Modellen omhandler først og fremst muligheten for å *inngå* samarbeid, men det er grunn til å vente seg at disse karakteristikkene vil ha forklaringskraft også *under* et samarbeid. Basert på disse antakelsene vil de fire uavhengige variablene kunne forklare problemstillingens avhengige variabel. Resten av kapittelet vil være en gjennomgang av hva som ligger i de ulike karakteristikkene og hvilke forventninger som tillegges hver variabel.

Avhengig variabel: Innslag av konflikt og lav produktivitet

For at det skal være gi mening å undersøke forklaringskraften i de uavhengige variablene, vil denne problemstillingens analyse først gå gjennom hvordan helsesamarbeidene i Mossregionen faktisk fungerer. Den avhengige variabelen vil her trekke frem situasjoner som enten har innslag av uenigheter og konflikt, eller er eksempler på helsetjenester der respondentene mener produktiviteten kunne vært bedre i Mossregionen. Begrepet produktivitet brukes i denne oppgaven i en ganske bred betydning, ved at det ikke bare omhandler kostnadseffektiviteten for den enkelte tjenestene. Begrepet inkluderer også i hvor stor grad respondentene opplever at ressursutnyttelsen for helsesektoren i Mossregionen er god gjennom dagens situasjon med interkommunale samarbeid. Til sammen vil omfanget av slike eventuelle utfordringer eller fraværet av dem kunne si mye om samarbeidene fungerer etter hensikten. Hoveddelen av analysen under denne problemstillingen vil imidlertid ta for seg hvilken forklaringskraft de uavhengige variablene har på konfliktnivået og produktiviteten.

Uavhengig variabler: 1. Felles vinning

En fordelingssituasjon mellom to kommuner vil bli sterkt påvirket av om alle parter faktisk

ser seg tjent med et samarbeid. Dette punktet er rasjonelt begrunnet: Hvis man ikke har noe å vinne på å samarbeide, vil det ikke bli noe samarbeid. Er det lite å vinne, kan noen aktører som ikke er overbevist om egen gevinst ved samarbeidet, enten stoppe prosessen eller gjøre den vanskeligere. Jo større problem kommunene står overfor og jo mer felles nytte man har av å løse det, desto større er sjansen for enighet om en felles løsning. Om tapene stiger av ikke å samarbeide om et felles problem, så stiger også sannsynligheten for at et samarbeid vil fungere. I oppgavens caseregion kan for eksempel kommunene som har overlatt den daglige driften av tjenestene til en vertskommune, oppleve at det er store gevinster av å samarbeide med en større kommune. Dermed kan de ha et mer avslappet forhold til noen av valgene som blir tatt i driften av tjenestene. Samarbeid krever at det finnes et pareto-optimalt utfall, der ingen kommer dårligere ut gjennom samarbeidet, og der minst én part tjener på det. Likevel kan uenighet om fordelingsnøkkelen stanse et samarbeid. Altså er dette kriteriet nødvendig, men ikke tilstrekkelig (Steinacker 2004:67-68).

2. Ulike interesser

Selv om kommuner kan oppleve at de kan tjene på et samarbeid, kan fordelingssituasjoner også bli påvirket av om kommunene har ulike interesser knyttet til tjenesten som det er aktuelt å samarbeide om. I Steinackers modell kan denne uenigheten enten gjelde (a) samarbeidets mål eller (b) fordelingen av goder og kostnader. For noen andre tjenester er det imidlertid nokså enkelt å komme til (c) enighet om både mål og fordeling. Sannsynligheten er stor for at «uenighet om mål» oppstår i null-sumssituasjoner, der alle aktørene har som mål å komme fram til en samarbeidsløsning som favoriserer seg selv. I dette perspektivet tenker man at kommuner er i konkurranse: Etableres det for eksempel én arbeidsplass i en kommune på grunn av samarbeidet, får denne kommunen både arbeidsplassen og skatteinntektene. Dette har potensial til både å høyne konfliktnivået og gjøre at den enkelte by eller region opplever samarbeidet som mindre produktivt. Men i slike situasjoner kan det fremdeles være mulig med samarbeid som resulterer i felles vinning og felles besparelser for alle. Analysen vil derfor se på om samarbeidsklimaet eller produktiveten i helsetjenestene blir påvirket av at kommunene har ulike ønsker for hva tjenestene skal bestå i og hvordan tjenestene skal organiseres (Steinacker 2004:68-69).

Videre kan det være enighet om målet, men likevel «uenighet om fordeling av goder og kostnader». Dette gjelder særlig goder som alle ønsker å skaffe til veie, men der det er vanskelig å begrense andres bruk. Dette kan for eksempel gjelde politiberedskap eller interkommunal legevakt som alle ønsker skal være kompetent og tilgjengelig. Men ettersom

ulike byer eller regioner har ulikt behov og bruk, kan det oppstå utfordringer med å finne en rettferdig måte å fordele både godene og kostnadene på. Samarbeid her er avhengig av forholdet mellom verdien av den felles løsningen og hver aktørs ideelle utfall gjennom egenproduksjon. Om den antatte forbedringen man kan oppnå med å inngå samarbeid sammenlignet med nåværende situasjon er større enn avstanden mellom nåværende situasjon og idealresultatet den enkelte har mulighet til å fremskaffe på egenhånd, så vil den enkelte ha insentiv til å inngå samarbeid. Her vil oppgaven undersøke om det oppstår konflikter i forbindelse med uenigheter om fordeling og om disse uenighetene blokkerer for samarbeidsløsninger som kunne bedret produktiviteten for helsetjenestene i Mossregionen. For noen tjenester kommer partene raskt til «enighet om både mål og fordeling». Dette kan skje for tjenester alle ønsker og der det er enkelt å måle den enkeltes bruk og fordele utgifter deretter. Eksempler på slike tjenester er kloakksystemer og avfallshåndtering. Her er det relativt enkelt å lage systemer med markedsliknende trekk for hele regionen som kan fordele kostnader på en fornuftig måte (Steinacker 2004:69-70).

3. Aktørenes politiske makt

Ifølge Steinacker blir dynamikken i samarbeid og fordelingssituasjoner påvirket av graden av symmetri i deltakernes makt. Den relative makten mellom aktørene er resultatet av a) verdien av å samarbeide for hver aktør, b) ønsker om oppstartstid» og c) «risikovillighet». Hvis de relative maktforskjellene er for store, vil det være vanskelig å bli enige om en samarbeidsløsning. Under dette punktet vil analysen først se på «verdien av å samarbeide for hver aktør». Dette vil bli undersøkt for både tjenester det allerede samarbeides om og for tjenester der noen aktører ser potensiale for samarbeid. Verdien av å samarbeide for en stor kommune, som i utgangspunktet kan utføre en tjeneste alene, antas her å være mindre enn for en liten kommune. Dermed kan man vente seg at de mindre kommunene har relativt sett mindre innflytelse på innholdet i samarbeidet enn større kommuner. Denne mekanismen vil i liten grad slå inn for arbeidsintensive tjenester som ikke er avhengig av storskaladrift, som helsesøster og til en viss grad politi. Derimot vil denne mekanismen kunne ha stor effekt for kapitalintensive tjenester som krever investeringer i fysisk infrastruktur og der det kan oppnås betydelige stordriftsfordeler. Litt forenklet vil oppgaven her undersøke om «kjøttvekten» til de ulike kommunene gir utslag i ulik politisk makt i samarbeidene, slik at større kommuner kan oppnå fordeler som oppleves urimelig av mindre kommuner (Steinacker 2004:70-71)

Videre vil analysen se på om kommunene har hatt ulike «ønsker om oppstartstid» for samarbeid om en tjeneste, og om dette har gitt utslag i maktforholdene i regionen. Under dette punktet måles makt ut fra hvor viktig det er eller har vært for de ulike aktørene at samarbeidet om tjenesten kommer i gang raskest mulig. Den som har dårligst tid med å komme i gang, anses å ha en dårligere forhandlingsposisjon. Her kan man tenke seg at små kommuner som er mest avhengig av å løse tjenestene gjennom samarbeid, vil ønske en rask oppstart. Dette medfører at større kommuner vil kunne stille krav til samarbeidet som de mindre opplever at de må godta. Det siste momentet handler om «risikovillighet». Her ser man på villigheten til å satse på noe nytt og usikkert, men som kan gi gevinst, sammenlignet med å fortsette med det gamle og trygge. For noen aktører kan det være omtrent like kostbart å utføre tjenesten alene som sammen med andre. De vil dermed kunne være mindre risikovillige, noe som øker makten i en forhandlingssituasjon (Steinacker 2004:70-71).

Slik makt er definert her, vil store kommuner kunne forventes å ha større makt enn mindre kommuner. Om denne ulikheten er stor, kan det forventes at det vil være vanskelig å komme til enighet om en samarbeidsløsning eller at den største kommunen kan oppnå store fordeler i samarbeidet. Dette kan skape konflikt og gjøre det utfordrende å skape produktive helsesamarbeid. Steinacker påpeker likevel at sosiale normer om rettferdighet kan hindre at mektige aktører utnytter sitt forhandlingspotensial til det fulle. Slike normer kan også gjøre at aktører med lite makt heller ikke vil godta urimelige krav. For en situasjon med tilnærmet like store aktører er det vanskeligere å sette opp klare forventninger til sannsynligheten for gjensidig gode samarbeid. På den ene siden kan det være lettere politisk å fordele kostnader mellom like store aktører, mens det er større usikkerheter ved hvor store stordriftsbesparelsene vil være (Steinacker 2004:70-71).

4. Stabilitet i aktørenes interesser

Den siste karakteristikken for aktørene og tjenestene i modellen handler om «stabilitet i aktørenes interesser». Store investeringer kan endre kommunenes interesser, ved at utbyggerkommunen blir sårbar for nye forhandlinger eller at noen trekker seg fra samarbeidet. De andre kommunene kan på den annen side bli sårbare om noe skjer med etterspørselen mens de er bundet opp i et samarbeid. Endringer i folketall, økonomi, politisk ledelse eller en aldrende befolkning kan også påvirke interessene. Om noen aktører forventer slike endringer, vil de være mindre villige til å inngå langsiktig samarbeid som involverer store investeringer. Dette vil i større grad kreve at man sikrer seg og sine investeringer gjennom kontrakter med sanksjonsmuligheter. Dermed øker transaksjonskostnadene med et samarbeid. Med andre ord

kan forventede ustabile interesser blant aktørene virke negativt inn på samarbeid mellom kommunene, som dermed vil være tilbakeholdne i fordelingssituasjoner (Steinacker 2004:71-73).

Disse fire variablene i Steinackers rammeverk gir forventninger om hva som øker mulighetene til å oppnå gode samarbeid. For det første må det finnes en løsning som gir alle kommunene fordeler. Videre må samarbeidet organiseres på en måte som aksepteres av aktører som kan ha ulike mål og ulike ønsker om fordeling av goder og ulemper. Store og ressurssterke kommuner må heller ikke utnytte ulikheter i makt i uforholdsmessig stor grad, dersom alle kommunene skal oppleve samarbeidet som produktivt og at konfliktnivået samtidig holdes lavt. Forventede stabile interesser i de ulike kommunene vil også kunne gjøre det enklere å inngå langsiktige samarbeid som kan gi fordeler for alle aktørene.

4. Metode

Forskningsdesign er ifølge Keohane m. fl. (1994:118) en plan for hvordan man skal ta i bruk modeller og data til å komme fram til slutninger. De understreker at valget av forskningsdesign og metode må ta utgangspunkt i selve forskningsspørsmålet. Denne studiens første forskningsspørsmål, problemstilling A, ser på motivasjonen for å inngå samarbeid. Ved å intervju respondentene fra noen få kommuner, kan man få begrunnelser for motivasjoner og man har mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål. For å undersøke motivene til kommuner av varierende størrelse, ser oppgaven på en region med to kommuner som har mer enn 10.000 innbyggere, og to kommuner som har under 10.000 innbyggere.

Forskingsspørsmålet i problemstilling B undersøker graden av konflikt og produktivitet i samarbeidene. Hva som utgjør konflikt er i stor grad bestemt av opplevelsene til ansatte og politikere i samarbeidskommunene. Produktiviteten kan både måles med kvantitative metoder og gjennom intervjuer. Innenfor dette prosjektets rammer og for å svare på forskningsspørsmålet vurderes det mest hensiktsmessig å intervju informanter med ulike roller i både store og små kommuner i en caseregion. Dette får fram vurderinger av hvordan helsesamarbeidene *oppleves* fra et vidt spekter av ståsteder. Selv om respondentene kan ha egeninteresse av å framstille et samarbeid på en viss måte, vil sammenstilling av intervjuer og dokumenter bidra til å få fram et helhetlig bilde av både konfliktnivå, produktivitet og årsaker til at samarbeidene fungerer slik de gjør.

Liknende metodevurderinger kan gjøres for problemstilling C. Dette forskningsspørsmålet er tett knyttet til de to andre, og spør om samarbeidskommunene får innfridd målsettingene med helsesamarbeidene. I denne sammenheng er det særlig interessant å undersøke om små og store kommuner opplever måloppnåelsen ved interkommunale samarbeid ulikt. Her er det også interessant å se om personer med forskjellige roller innad i kommunen har ulike vurderinger av samarbeidene. For disse tre forskningsspørsmålene anses intervjuer med mange respondenter i én region som det mest hensiktsmessig.

4.1 Et fortolkende casestudium

Denne oppgaven ønsker å gå i dybden på hvordan interkommunale samarbeid virker og oppleves av involverte aktører. Dermed er det naturlig å velge casestudium. Ifølge Gerring (2007:20) er et casestudium en intensiv studie av en eller noen få caser der hensikten – i det minste delvis – er å kaste lys over et større antall caser. Lijphart (1971:691) skiller mellom

seks ulike typer casestudier. Disse er det ateoretiske, det fortolkende, det hypotesegenererende, det teoribekreftende, det teorisvekkende og det avvikende. Han understreker at det er snakk om idealtyper og at et casestudium kan passe innenfor mer enn en av de nevnte kategorier. Denne oppgaven har beskjedne ambisjoner om å bidra til teoriutvikling, slik som de fire siste case-typene tar mål av seg å gjøre. Denne oppgavens fremgangsmåte passer derfor best under casetypen det fortolkende casestudiet. En slik variant baserer seg på at casen eller casene som er valgt, er interessante i seg selv. I motsetning til et ateoretisk case, tar denne typen casestudium i bruk teoretiske antakelser. Generaliseringer brukes på et eller flere utvalgte case i den hensikt å kaste lys over casen, istedenfor å bruke casen til å styrke eller svekke teorier (Lijphart 1971:692). På et område som interkommunalt samarbeid, der det er uenigheter om dette er en god organiseringsform, kan denne typen casestudium derfor være et godt bidrag. Som grunnlag for utformingen av spørsmål og oppgavens struktur, vil det bli brukt kategorier og antakelser fra teorier om hvorfor samarbeid oppstår og hva som påvirker samarbeid.

4.2 Kausalitet og korrelasjon

På grunn av begrensninger i tid og ressurser vil undersøkelsen altså avgrenses til én region for å få god nok innsikt til å kunne gi noen svar av interesse. Den største fordelen med å begrense antall undersøkelsesenheter, er at man kan komme dypt ned i et materiale selv med begrensede ressurser. Den åpenbare svakheten er generaliseringspotensialet (Lijphart 1971:691). Mens man i kvantitative undersøkelser hovedsakelig studerer korrelasjoner – altså generelle sammenhenger mellom et stort antall caser – er den store fordelen med kvalitative undersøkelser at man har muligheten til å undersøke hva som skjer inne i det som ofte omtales som «den svarte boksen». Det betyr at man kan studere kausale sammenhenger og mekanismer på nært hold (Elster 2007:32; Gerring 2007:45). Ifølge Lund (2002:99) går slike forskningsprosjekter ut på å lage kausale slutninger som kan forklare «hva» som har ført til eller produserer «hva». Samvariasjon er med andre ord ikke tilstrekkelig, fordi vi ønsker å identifisere årsak og virkning.

Vi skal dessuten merke oss at casestudiens sterkeste side ikke er å måle *effekten* eller *styrken* av en kausal sammenheng. Kvantitative undersøkelser er langt bedre egnet til dette. Den store fordelen er derimot å studere *mekanismene* som binder årsak og virkning sammen (Gerring 2007:44-45). I denne oppgaven vil derfor årsaker som kan forklare inngåelsen og egenskaper ved samarbeidene, bli undersøkt nærmere. Som Skog (2004:76-79) påpeker, vil man i ikke-eksperimentelle forskningsdesign aldri kunne kontrollere for alle tenkelige

påvirkningsfaktorer. Dette er viktig å huske på når man diskuterer kausalforhold. Gjennom å ta utgangspunkt i et teoretisk rammeverk og gjennomføre intervjuer med en rekke involverte aktørene, blir denne usikkerheten sterkt begrenset.

Keohane m. fl. (1994:129) poengterer at et krav til alle forskningsopplegg som vil undersøke årsaker, er at den avhengige variabelen faktisk varierer. I analyser av én enkelt case undersøkes variasjon over *tid*, ikke *mellom* ulike enheter. I problemstilling A er den avhengige variabelen at det er inngått samarbeid om helsetjenester. På et eller annet tidspunkt er samarbeidet blitt opprettet, og involverte aktører kan dermed forklare hvilke motiver de la til grunn for å inngå samarbeid. Det samme gjelder for den avhengige variabelen i problemstilling B – «innslag av konflikt og produktivitetsutfordringer». Slike konflikter eller produktivitetsutfordringer må ha oppstått på et tidspunkt. Respondentene som har sittet tett på samarbeidene både før og etter dette tidspunktet, kan derfor bidra med å avdekke hva som har påvirket den avhengige variabelen. I problemstilling C er den avhengige variabelen om ønskene informantene hadde for samarbeidet, faktisk har blitt innfridd. Her er det også variasjon i tid ved at disse ønskene på et tidspunkt enten er blitt innfridd eller ikke.

4.3 Utvelgelse av case – politikkområde og bakgrunnsvariabler

Casen i denne oppgaven er Mossregionen. Oppgavens analyseenhet er derimot kommuner, og det er kommunenes motivasjoner og vurderinger som er det sentrale. Oppgaven vil undersøke alle interkommunale helsesamarbeid i regionen, men med vekt på det lokalmedisinske senteret og legevakten som er de største helsesamarbeidene. Prosjektet er dermed avgrenset både med tanke på politikkområde og caseregion, og i disse avsnittene kommer begrunnelsen for utvelgelsene. Det er naturlig å konsentrere seg om helsefeltet ettersom det første forskningsspørsmålet er tilknyttet samhandlingsreformen. Grunnen til at ikke alle samarbeidene i regionen blir undersøkt, er at oppgaven dermed enten ville blitt mer overfladisk eller mer arbeidskrevende. Dette prosjektet vil gjennom en slik avgrensning i større grad kunne komme med bidrag til et allerede stort forskningsfelt.

Det neste forskningsspørsmålet om grad av konflikt og produktivitet er i utgangspunktet motivert av kommunestrukturen. For å være mest mulig relevant for forskningen om kommunestruktur og interkommunale samarbeid, er derfor en *typisk* region valgt. Dette er en induktiv case-utvelgelse, der man har en *grunn* for å inkludere noen caser og ekskludere andre (Gerring 2007:82,91-92). Her kombinerer man bredde og dybde ved å basere den kvalitative forskningen på en case-utvelgelse basert på kvantitative data (Gerring 2007:92-97). Dermed

har man grunnlag for både å velge ut en typisk case og si noe om hvilke andre caser og fenomener som undersøkelsen kan kaste lys over. Det er ingen offisiell inndeling av norske regioner, og ulike forskningsprosjekter har forsøkt å dele inn Norge etter blant annet arbeidsmarkedsregioner og økonomiske regioner (Bhuller 2009; Juvkam 2002:30,38; Gundersen og Juvkam 2013). Hva som er en typisk region kan dermed være vanskelig å avgjøre. Caseutvelgelsen er derfor basert på funn fra gjennomgangen av interkommunale samarbeid om ø-hjelp i kapittel 2, ettersom dette er blant tjenestene oppgaven undersøker. For ø-hjelpssamarbeid er Mosseregionen typisk både i form av at den har mellom fire og seks kommuner, og i form av at den har én storkommune med flere mindre omliggende kommuner. De store geografiske variasjonene i Norge gjør det vanskelig å velge en «typisk» case. Den relativt kompakte Mosseregionen kan i mindre grad kaste lys over samarbeid mellom kommuner der det er store avstander, som eksempelvis i Finnmark. Derimot vil funnene være mer relevante for regioner uten store geografiske avstander eller hindringer.

Ved å rette oppmerksomheten mot helsefeltet i en typisk region, gjør dette de tre problemstillingene mer aktuelle for å vurdere hensiktsmessigheten av interkommunale samarbeid. Dette følger altså prinsippene til least likely case-utvelgning, som også omtales som å velge ut en case som er *kritisk* for en antakelse (Gerring 2007:115-118). Dette innebærer at oppgaven anser det som minst sannsynlig at samarbeid på helseområdet, som både er teknisk og politisk utfordrende, vil fungere godt. Klarer interkommunale samarbeid å løse antatt vanskelige oppgaver som blir tillagt kommunene på en god måte uten mye konflikter, er det dermed grunn til å anta at interkommunale samarbeid også vil kunne fungere godt for mindre kompliserte oppgaver som renovasjon.

Dette forskningsdesignet vil også hjelpe til med å belyse de to bakenforliggende problemstillingene. En vil kunne se om kommuner av ulik størrelse har opplevd at de ikke har reelle alternativer til å inngå samarbeid, og også hvilke andre motiver som lå til grunn for samarbeid. Videre vil man på grunn av caseutvelgelsen kunne gi noen svar på om interkommunale samarbeid er en farbar vei sammenlignet med kommunesammenslåing. Dette fordi oppgaven undersøker en typisk case på et politikkområde som særlig i kjølvannet av samhandlingsreformen stiller høye krav til robusthet og kvalitet.

4.4 Semistrukturert intervju

Det vil være naturlig å bruke et semistrukturert intervju som metode. Hovedpoenget her er å ha en del hovedspørsmål som alle eller en gruppe av respondentene skal svare på, men der det

samtidig er mulig å stille oppfølgingsspørsmål (Bryman 2004:113). Spørsmålene som inngår i en intervjuguide blir dermed ofte færre og mer generelle. Problemstilling A-C er i høy grad basert på personlige vurderinger fra informantene, noe som krever at man må gi rom for godt begrunnede svar samt mulighet for oppfølgingsspørsmål eller avklaringer. Intervjuer gir dessuten et innblikk i diskusjoner, forhandlinger og uenigheter som kan være helt sentrale for å forstå årsaksforhold som ikke nødvendigvis er allment tilgjengelig (Andersen 2006: 281-282). Et problem med semistrukturert intervju er at kodingen kan bli komplisert, da de transkriberte intervjuene kan være svært ulike i rekkefølge, form og lengde. På den annen side påpeker Akerbach og Rockman (2002:674) at eliteinformanter i liten grad er komfortable med faste svaralternativer. Denne undersøkelsens informanter har god kunnskap om temaet og vil derfor antakelig ønske muligheten for å utdype svar.

De fleste intervjuene er gjennomført i rådhusene i de fire kommunene, men noen er også gjennomført på telefon. Ettersom intervjuene er gjennomført sammen med en forsker fra NIBR, er intervjuguidene samkjørte. Dette er tidsbesparende for alle parter. Samtidig gjør det at man må tilpasse spørsmålene sine til et annet prosjekt. Dette kan gjøre det utfordrende å få svar på det man ønsker, men for denne undersøkelsen har det vært nokså uproblematisk. Alle intervjuene er transkribert fullt ut. Dette gjør at det er lettere å få oversikt over empirien og det høyner også presisjonsnivået på gjengivelsen av kildene. Noen av disse intervjuene er dessuten gjennomført som parintervjuer. Grunnene til det er for det første at det er tidsbesparende og for det andre kan informantene utfylle hverandres opplysninger og meninger. Ulempen er på den andre side at negative forhold kan bli tonet ned dersom personer med ulike syn er tilstede i samme intervju. Vi har uansett unngått parintervjuer med personer på ulikt nivå i kommunen, som rådmann og kommunalsjef, da dette kan føre til at noen av kildene legger unødvendig bånd på seg selv.

Undersøkelsen informanter innehar hovedsakelig funksjonene rådmann, ordfører, kommunalsjef for helse- og omsorg, kommunelege, virksomhetsleder eller politiker. Alle funksjonene er representert i denne undersøkelsen for alle de fire kommunene. Dette gjør at oppgaven kan gi et godt innblikk i samarbeidene sett fra ulike nivåer i de fire kommunene, noe som styrker funnene. Som det fremgår i oppgavens vedlegg, er tilsammen 25 respondenter intervjuet i perioden februar til april 2014. De aller fleste intervjuene er mellom 15 og 60 minutter lange. En kombinasjon av innsamlingsteknikker, omtalt som triangulering, kan ofte gi bedre svar på problemstillingene (Bryman 2004:275). I tillegg til intervjuer benytter oppgaven derfor kommunedokumenter og avisartikler der dette kan tilføye viktig

informasjon. Noen av disse dokumentene er undersøkt før intervjuene, da dette kan gi grunnlag for bedre og mer presise spørsmål, samt gir mulighet for at de involverte aktørene kan belyse innholdet i dokumentene.

4.5 Validitet

I diskusjonen av et forskningsopplegg er det helt sentralt å vurdere mulighetene for valide slutninger. Ifølge Keohane m. fl. (1994:25) handler *validitet* om vi faktisk måler det vi tror vi måler. Cook og Campells mye brukte validitetssystem består av fire hovedformer: statistisk validitet, ytre validitet, indre validitet og begrepsvaliditet (Lund 2002:105,108). Ulike type undersøkelser vil vekke disse validitetstypene ulikt. Ettersom det ikke skal foretas noen statistiske slutninger, er den første formen lite interessant i denne undersøkelsen. *Ytre validitet* handler om man kan foreta ikke-statistiske generaliseringer fra de undersøkte enhetene «til og over relevante individer, situasjoner og tider med rimelig sikkerhet» (Ibid:121). Selv om oppgaven ser på et typisk samarbeid, kan man selvfølgelig ikke utelukke variasjoner på *noen* av variablene. Derimot vil slutningene om hvilke motivasjoner kommunene har for å samarbeide, kunne ha overføringsverdi til kommuner av tilnærmet samme størrelse. Om de små kommunene i undersøkelsen av hensyn til fagmiljø eller driftssikkerhet ser det som umulig å stå ansvarlig for å produsere en tjeneste de er pålagt, er det gode grunner for at andre små kommuner som står overfor de samme kravene kan ha en liknende opplevelse.

Det samme kan sies om det andre forskningsspørsmålet, som undersøker om samarbeidene er produktive og konfliktfrie eller om de er uproduktive og konfliktfylte. Her vil funnene kunne ha overføringsverdi til liknende samarbeidskonstellasjoner. Dessuten argumenterer oppgaven for at samhandlingsreformen er typisk for utviklingen generelt i offentlig sektor med mer omfattende oppgaver og større koordineringsansvar. I diskusjonen om ytre validitet for slutninger over *tid*, kan dermed oppgavens case til en viss grad kaste lys over interkommunale samarbeid på andre områder enn helse det siste tiåret. Samtidig kan den fortelle oss noe om hva kommunene kan vente seg i årene fremover innen andre sektorer.

Indre validitet går ut på om oppgavens kausale slutninger faktisk beskriver et årsaks-virkningsforhold. Denne formen for validitet er derimot mindre komplisert å vurdere i en slik undersøkelse (Lund 2002:106). Gjennom intervjuer kan man finne ut av hva sentrale aktører mener kan forklare oppgavens avhengige variabler. Her har man også muligheten for oppfølgingsspørsmål eller å komme med avklaringer dersom noe er uklart. Intervju som metode gir førstehåndskilder og gir innblikk i hvordan sentrale aktører *oppfatter* samarbeidet

og kommunenes interesser. Det største usikkerhetsmomentet består av om respondentene faktisk har full oversikt over samarbeidet og gir *oppriktige* svar (Andersen 2006:292). Det er en risiko for at respondenter har en egeninteresse av at et samarbeid skal bli oppfattet som godt eller dårlig. Ved å intervju mange respondenter, vil slutningenes validitet styrkes.

Den siste formen for validitet, *begrepsvaliditet*, handler om man måler de relevante begrepene på både årsaks- og effektsiden. Dette operasjonaliseres gjennom intervjuguiden. Denne undersøkelsen er basert på en ikke altfor detaljert intervjuguide, da dette kan gå på bekostning av muligheten for en mer samtaleliknende situasjon. For å sikre at begrepene fanges inn i spørsmålene, vil både spesifikke spørsmål og det som kalles *grand tour*-spørsmål bli brukt. Den siste kategorien er langt mer generell og har som mål å fange inn de store linjene i temaet som undersøkes (Leech 2002:667). En vurdering av begrepsvaliditeten vil i siste instans alltid hvile på forskerens egen vurdering, men ved å ha et bevisst forhold til at spørsmålene skal fange inn de teoretiske variablene, kan en sørge for at slutningene blir mer holdbare.

4.6 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor *nøyaktig* undersøkelsen er gjennomført og i hvilken grad innsamlingsprosedyren produserer *stabile resultater* (Keohane m. fl. 1994:25-26). Dette er særlig en utfordring i casestudier og i intervjuer. Informantene kan for eksempel oppfatte spørsmålene ulikt eller svarene kan bli kodet eller transkribert unøyaktig (Berry 2002:681-682). Dette er forsøkt unngått gjennom å ha et semistrukturert undersøkelsesopplegg der alle intervjuene tas opp for å sikre presis gjengivelse. Av personvern hensyn blir både opptakene og de transkriberte intervjuene slettet ved prosjektets slutt, noe som gjør det vanskelig å etterprøve funnene i studien. Videre vil både direkte og indirekte sitater i analysedelen bli referert med kommunenavn og et tall, som viser til vedlegget med oversikt over informantenes funksjon i kommunen. Referanser er derimot av lesbarhetsgrunner utelatt der generell informasjon fra intervjuene blir trukket fram. Etterprøvbareheten er også vanskelig fordi empirien hovedsakelig består av personlige meninger, som dessuten kan endre seg til en eventuell senere undersøkelse. Det er med andre ord vanskelig å replisere *enhver* intervjubasert caseundersøkelse. Derimot er oppgaven klar på framgangsmåte, hva slutningene baserer seg på og hvilke dokumenter den har benyttet (Keohane m. fl. 1994:8).

4.7 Godkjenning fra NSD

Prosjektet har blitt godkjent av Norsk statsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dette er påkrevd da undersøkelsesopplegget innehar «opplysninger eller vurderinger som kan knyttes til

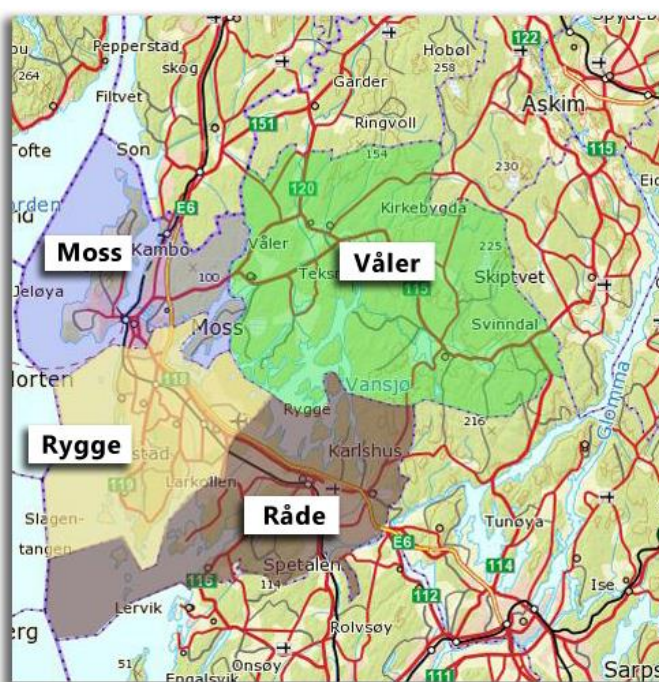
enkeltmennesker» (NSD 2013). Dette innebærer en forpliktelse til å oppbevare dataene fra undersøkelsen konfidensielt og på data som er sikret med passord. Intervjuene slettes ved prosjektslutt. Når de fleste sitatene i denne oppgaven er knyttet til både stillingstittel og kommune, så er dette blitt gjort ved at hvert enkelt sitat er blitt godkjent i etterkant. Selv om flere av informantene kan identifiseres, vil ikke noe navn bli brukt. Meningene til respondentene er kun interessante i kraft av rollen de har i kommunen. Alle aktørene har gitt samtykke til å ta del i prosjektet, og er informert om oppgavens mål og format.

5. Problemstilling A: Motiver for samarbeid

Den første problemstillingen ser på motivasjonen for helsesamarbeid i Mossregionen. Her blir motivene for samarbeid de uavhengige variablene som skal undersøkes. Dette kapittelet starter derfor med å gå gjennom den avhengige variabelen, som er helseoppgavene regionen samarbeider om.

5.1 Avhengig variabel: helsesamarbeid i Mossregionen

De fire kommunene i Mossregionen har lang tradisjon med å samarbeide. I tillegg til Moss, Råde, Rygge og Våler er også den nordlige Akershus-naboen Vestby kommune med i flere samarbeid. For noen tjenester er det kun to eller tre kommuner som samarbeider, og i flere tilfeller samarbeider én av Mossregionens kommuner med kommuner utenfor regionen. Våler grenser for eksempel til åtte kommuner, noe som gjør at kommunen opplever det naturlig å samarbeide flere veier. Mens Moss i 2013 hadde rundt 31.000 innbyggere, hadde Rygge 15.000, Råde 7.000, mens Våler hadde noe under 5.000 innbyggere.



Figur 3: Kart over Mossregionen.
Kilde: Kartverket/Moss kommune

Dette gjør Moss kommune til et naturlig sted å plassere de mest omfattende tjenestene. Innen helse er det flere store og små samarbeid. Denne undersøkelsen tar hovedsakelig utgangspunkt i lokalmedisinske senter og legevakt, som er de to største interkommunale samarbeidene. Begge er administrative vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28b, og begge er lokalisert i Moss.

Mossregionens lokalmedisinske senter er det klareste resultatet av samhandlingsreformen. Planlagt oppstart var i 2012, men ettersom prosjektet ikke ble tildelt penger det året, ble oppstarten forsinket til begynnelsen av 2013. Senteret består nå av syv øyeblikkelig hjelp-senger lokalisert i en avdeling på sykehjemmet Peer Gynt Helsehus i Moss. Sengene tilbyr

mer avansert behandling enn vanlig sykehjem og er i sin helhet finansiert gjennom prosjektstøtte fra Helse Sørøst og Helsedirektoratet. Støtten til ø-hjelp vil fra 2016 bli en del av det ordinære rammetilskuddet til kommunen.

Mosseregionens legevakt ble etablert i 1994 som et samarbeid mellom de fire regionkommunene, mens Vestby kom med i 1996. Den ble fra starten av organisert som et § 27-samarbeid med et politisk oppnevnt styre bestående av to politikere fra Moss, én fra hver av de andre kommunene samt to helserepresentanter. I forbindelse med etableringen av lokalmedisinsk senter ble det enighet om å organisere begge samarbeidene som administrative vertskommunesamarbeid (Våler 2012). Regionen samarbeider også om daglegevakt, men her er det ett samarbeid mellom Rygge og Råde og ett samarbeid mellom Moss og Våler, mens Vestby har daglegevakt alene.

I Østfold har man siden 2005 hatt et samarbeid mellom kommunene og Sykehuset Østfold for å få mer helhetlige helsetjenester i fylket. Det har man blant annet gjort gjennom opprettelsen av det som kalles *administrativt samarbeidsutvalg* der kommunene blir representert som regioner, ettersom spesialisthelsetjenesten ikke ønsker å lage avtaler med hver enkelt Østfoldskommune. I dette forumet har Mosseregionen én representant og synspunktene til de fire kommunene samordnes i forkant. Én time før utvalgsmøtene med sykehuset samordner også de fem representantene for Østfold-regionene synspunktene sine. I tillegg blir saker tatt opp i to runder i utvalget slik at representantene kan forankre de ulike sakene i hjemkommunen. Dette er et konsensusforum som kan bestemme blant annet retningslinjer og overordnede prinsipper for samhandling, men det kan ikke forplikte den enkelte kommune til noe som medfører ekstra utgifter (Våler 2010).

Utover disse samarbeidene, finnes følgende interkommunale samarbeid i Mosseregionen:

- *ACT-team* (Assertative Community Treatment) er et oppsøkende team som driver oppfølging og sammensatt behandling innen rus, psykiatri og schizofreni. Som første av sitt slag i Norge startet det opp i 2008. Det er basert på en forpliktende samarbeidsavtale om felles utnyttelse av ressurser i de fire kommunene og de psykiatriske avdelingene på Sykehuset Østfold. Utgiftene dekkes likt mellom sykehus og kommunene (Husbanken og RMC 2012:44-47; Econ Pöyry 2011:8,27).

- *Miljørettet helsevern* er en avtale for hele Mossregionen, der Moss er vertskommune. Dette består av to avdelingsingeniører som blant annet driver med inspeksjon og godkjenning av skoler og barnehager etter forskrifter.
- *Prosjekt Klinisk blikk* er et samarbeid mellom de fire kommunene som består av én felles undervisningssykepleier som skal heve kompetansen på sykehjemmene og innen hjemmesykepleien. Dette er et resultat av samhandlingsreformen.
- *Felles krisesenter* har en lang historie for å dekke de fire kommunene. Fra opprettelsen i 1981 var det en frivillig organisasjon, før det i 2007 ble omgjort til et interkommunalt selskap (Moss Avis 2007; Moss kommune 2013).

I tillegg er det flere mindre samarbeid som felles utenlandsvaksinering og felles ungdomshelsestasjon mellom Moss og Våler. Det er faglig nettverk innen blant annet barnevern og det eksisterer et mer uformelt samarbeid innen fastlegeordningen. Vålers kommunelege har i flere perioder vært fungerende kommunelege for Råde. Kommunene kjøper også plasser av hverandre når det er en som har behov mens en annen har et passende tilbud. Under intervjuperioden kjøpte for eksempel Rygge noen avlastningsplasser for funksjonshemmede barn av Moss.

Regionen er også tett integrert på andre områder. Samarbeid som respondentene trakk fram var blant annet *MOVAR IKS*. Selskapet har eksistert siden 1989, eies av alle fem kommunene og ivaretar kommunenes forpliktelser innen vann, avløp, renovasjon og brann. Andre store samarbeid er selskapet *Mossregionens næringsutvikling AS* som skal bidra til å etablere bedrifter og fremme innovasjoner, og «Visit Moss» som er et felles destinasjonsselskap. Moss, Rygge og Råde samarbeider om Kulturskolen, mens Moss samarbeider med Våler om IKT. Det samarbeides også om økonomi, regnskap og lønn. De fire kommunene har siden 2006 utformet deler av kommuneplanen i fellesskap. Det er fire hovedområder som samordnes gjennom den felles kommuneplanen: «levetår og folkehelse», «verdskapning og kompetanse», «miljø og energi» og «areal og transport» (Husbanken og RMC 2012:41-44). Denne oversikten viser at det er et ganske omfattende samarbeid i regionen, selv om en respondent understreker at innen levetårstjenester har regionen i stor grad hatt «ganske løse samarbeid» (Råde1).

5.2 Uavhengig variabel: De fire kommunenes motiver

Noen av disse helsesamarbeidene er av eldre dato, mens andre er nyere. Denne delen av oppgaven vil undersøke de uavhengige variablene i problemstilling A. Det vil gi innblikk i

den generelle motivasjonen kommunene har for å samarbeide om helsetjenester, samt gå nærmere inn på lokalmedisinsk senter som mange av respondentene var involvert i opprettelsen av.

I lys av kommunesammenslåinger i Sarpsborg- og Fredrikstadregionen, satt representanter for kommunene i Mosseregionen i 2009 seg ned for å diskutere hvordan de så for seg den regionale utviklingen i årene fremover. Det ble klar enighet om at sammenslåing ikke var aktuelt, men at man skulle samarbeide for å oppfylle én eller flere av disse målsetningene:

- Reduserte driftskostnader.
- Bedre driftsregularitet ved fravær/ferie.
- Bedre kvalitet på tjenestene, ved større mulighet for spesialisering.
- Bedre rekrutteringsmulighet og bedre kompetanse på grunn av større faglig/sosialt miljø.
- Styrking av kommunenes og regionens omdømme (Råde kommune 2010:1, 4)

Disse målsettingene gjelder for alle samarbeid i regionen, men har interesse også for helsesamarbeidene. Sett opp mot motivasjonsvariablene i denne undersøkelsen ser vi at målsetningene i stor grad kan plasseres under de instrumentelle variablene effektivitet, robust og kvalitet. Én respondent understreker at kommunene her ble enige om at det viktigste målet ikke var å spare penger, men å styrke det samlede tilbudet for kommunale tjenester i regionen (Råde1). Det kan ligge som et bakteppe når oppgaven tar for seg hver kommunes motivasjon for samarbeid i henholdsvis et instrumentelt og et institusjonelt perspektiv.

5.2.1 Moss

Instrumentell forklaring

Som storebror blant kommunene i Mosseregionen, er alle respondentene fra Moss tydelig på at de ikke er avhengig av å samarbeide med de andre kommunene. Derimot kommer det fram at de ser flere fordeler med samarbeid. Disse kan sammenfattes av tre av de fire instrumentelle forklaringsvariablene i rammeverket til Jacobsens m. fl. (2010). Både robusthet, kvalitet, og ikke minst effektivitetsargumenter ble trukket fram. Kommunalsjefen for helse og sosial i Moss påpeker at stordriftsfordeler bedrer driften av lokalmedisinsk senter, fordi «da tar vi med oss en befolkning på mellom 50 og 60.000 innbyggere, kontra en by på 30.000 innbyggere» (Moss3). En annen respondent fra kommunen mener at «jo større jo bedre» (Moss5). Respondentene fra Moss legger også vekt på at ved å samle fagmiljøer én

plass, kan man oppnå høyere kvalitet og mer robusthet i driften. Samarbeid er dermed et bidrag til for eksempel å kunne bemanne et lokalmedisinsk senter med høyt kvalifiserte fagpersoner med god nok teknologi. På bakgrunn av samhandlingsreformen forsøkte Moss også å få i gang samarbeid om utskrivningsklare pasienter og en avdeling for lindrende behandling. Her ble både bedre fagmiljøer og økonomi trukket fram som argumenter, men de andre kommunene ønsket ikke å være med på samarbeid på disse feltene.

Institusjonell forklaring

Når det kommer til institusjonelle forklaringsvariabler for hvorfor helsesamarbeid kommer i gang, er ikke tilpasning til *lover og regler* en tilstrekkelig forklaring i Moss sitt tilfelle. Moss er stor nok til å drifte både legevakt og lokalmedisinsk senter alene, men flere respondenter påpeker at det var naturlig å opprette samarbeid om dette rett og slett fordi de mener at de *andre* kommunene ikke var store nok. Sann sett kan denne holdningen tolkes som tilpasning til en norm om at store kommuner i en region har et visst ansvar for mindre omliggende kommuner. Ordføreren i Moss påpeker også at normene Sykehuset Østfold satte opp rundt etablering av ø-hjelpsplasser, var en viktig faktor for at kommunene inngikk samarbeid. Ordføreren sier at kommunene selv har drevet dette fram, men at

«[...] kanskje den viktigste pådriveren her [...] i Østfold, har faktisk vært sykehuset, fordi som en følge av at man har vedtatt [...] nytt sykehus i Østfold, så har man fått et helt nytt tankesett i fra sykehusets ståsted som kommunene bare egentlig har måttet følge opp» (Moss2).

Helseforetaket ønsker at mest mulig av kontakten med kommunene skal skje i form av regioner, og alle de andre regionene i Østfold har også opprettet samarbeid om av lokalmedisinske sentre – riktignok med noe forskjellig innhold. Dermed er det et visst grunnlag for å si at tilpasning til normer var et viktig motiv for å inngå samarbeid om lokalmedisinsk samarbeid for Moss kommune. De instrumentelle motivene ser likevel ut til å ha størst forklaringskraft. Det er naturlig at samarbeidsprosjekter blir etablert i Moss, og Moss ser dermed muligheten for å styrke sine helsetjenester gjennom å oppnå stordriftsfordeler, bedre fagmiljøene og få mer robust drift.

5.2.2 Rygge

Instrumentell forklaring

Også i den nest største kommunen Rygge påpeker respondentene at samarbeid om legevakt og lokalmedisinsk senter særlig er motivert av et ønske om å styrke kompetansen og robustheten.

Rådmannen i Rygge påpeker viktigheten av at en legevakt har «en viss faglig kvalitet og at den har kontinuitet» (Rygge1). En politiker i kommunen mener at for tilbud som legevakt og lokalmedisinsk senter «så er det ekstremt viktig at man har mest mulig kvalitativt personell hvis det skal oppstå akutte situasjoner» (Rygge7). Respondenter fra kommunen opplever nærheten til kompetansen som finnes på legevakt og sykehus som viktig. Høyt kvalifisert personell blir også trukket fram som en drivkraft for ønsker om å samarbeide innen andre helsetjenester.

Institusjonell forklaring

Med sine rundt 15.000 innbyggere beregner Rygge at de har behov for 1-2 plasser på et lokalmedisinsk senter. Selv om det er litt uenighet blant respondentene, mener de fleste at Rygge kommune er for liten til å opprette et slikt tilbud alene. Det er uansett full enighet om at det ville vært lite hensiktsmessig å opprette en slik tjeneste med et såpass lite volum. Likevel er det ingen av respondentene fra kommunen som uttrykker at de opplever at statlige instanser i praksis pålegger dem å samarbeide om denne tjenesten. Ingen av respondentene begrunner samarbeidet med tilpasning til tatt-for-gitt-holdninger eller normer utenfra, selv om også Sykehuset Østfold beskrives som pådriver i prosessen.

I sum er det i første rekke muligheten for sterkere fagmiljøer og deretter en robust drift som respondentene fra Rygge kommune trekker frem som drivkreftene for å samarbeide om helsetjenester. De instrumentelle forklaringsvariablene ser derfor ut til å ha klart størst forklaringskraft for kommunens samarbeid på helsefeltet.

5.2.3 Råde

Instrumentell forklaring

Rådmann i Råde poengterer at samarbeidene i regionen gjerne må spare kommunene for penger, men at den felles vedtatte plattformen for samarbeid i Mosseregionen ikke først og fremst handler om høyere effektivitet, men *bedre* helsetilbud (Råde1). Denne tankegangen går igjen blant respondentene, og opprettelsen av lokalmedisinsk senter i tilknytning til legevakten passer godt under denne beskrivelsen. I likhet med i Rygge kommune er det særlig et bedre fagmiljø og robustheten i driften som trekkes fram i Råde. Ordføreren i Råde peker på slike synergieffekter av å gå sammen om lokalemedisinsk senter: «[...] til sammen blir vi ganske store. Da blir det mye lettere å få skiftene til å gå i hop, få fagekspertisen til å kunne gjøre den jobben» (Råde2). Ordføreren mener dette også gjelder for andre helsetjenester, og registrerer at det blir lagt inn «mye mer syke personer» på sykehjemmene, mens det stilles

krav om at helsepersonell i kommunen «skal kunne alt» (Råde2). På sikt mener ordføreren at det kan bli utfordrende og oppfylle kompetansebehovet i kommunen og at kommunene i Mosseregionen bør bli flinkere til å ha god kommunikasjon seg i mellom for å finne gode løsninger på helseutfordringene. I Råde med rundt 7.000 innbyggere opplever de at kommunen i stor grad er avhengig av å samarbeide for å ha et tilfredsstillende lokalmedisinsk senter og legevakt. Respondenter fra kommunen mener at å stå for dette alene ville blitt en lite hensiktsmessig bruk av ressurser, og at det ville blitt utfordrende å få til en stabil drift.

Institusjonell forklaring

Rent utenom at det ville være en lite hensiktsmessig bruk av ressurser å opprette et lokalmedisinsk senter alene, sier en politiker i kommunen at samhandlingsreformen «[...] gir føringer som ikke gir så veldig mange realistiske alternativer for oss som er en liten kommune» (Råde6). En annen respondent mener samarbeidet er en tilpasning til både lovverk og ønsker fra statlig hold. Dette kan tolkes som at disse respondentene i praksis opplever at statlig instanser pålegger dem å inngå samarbeid. Ingen av respondentene viser til at samarbeid er tilpasninger til normer eller tatt-for-gitt-holdninger.

Sett over ett, er det også her særlig instrumentelle motiver som i størst grad har forklaringskraft for hvorfor Råde samarbeider om legevakt og lokalmedisinsk senter. I likhet med Rygge, opplever respondenter fra Råde at det er hensiktsmessig å samarbeide dersom kommunen skal ha tilfredsstillende kvalitet og robusthet for en del helsetjenester. Men de institusjonelle forklaringene er også relevante i den forstand at noen respondenter uttrykker at de opplever et visst press fra statlig hold om å samarbeide om lovpålagte helsetjenester.

5.2.4 Våler

Instrumentell forklaring

Respondentene fra Våler viser også til de samme instrumentelle motivene for å samarbeide. Som den minste kommunen i regionen med under 5.000 innbyggere, påpeker respondentene at robusthet og fagkompetanse er de viktigste samarbeidsgrunnene for tjenester med lite volum. Rådmannen i kommunen mener man må «opp i en kritisk masse» for å kunne ha en tilstrekkelig robusthet og kvalitet i drift av tjenester som lokalmedisinsk senter: «[H]vis du skulle legge opp bemanning et cetera, så må du ha belegg der. [...] og hvis du skulle begynt å utvikle et sånt tilbud alene, så merker du at du er en liten kommune» (Våler1). En liknende argumentasjon finner du i en formulering fra da formannskapet til Våler behandlet organiseringen av legevakt og etableringen av lokalmedisinsk senter:

«At legevakta opprettholdes som en interkommunal tjeneste, er av stor betydning for innbyggerne. Dette sikrer god kompetanse og mindre sårbarhet enn om kommunene skulle drifte denne tjenesten hver for seg» (Våler 2012:5).

En annen respondent peker på at Moss har høyere fagkompetanse på flere helseområder, og Våler dermed kan styrke flere tjenester gjennom mer samarbeid.

Institusjonell forklaring

Det er bred enighet blant respondentene i Våler om at kommunen ikke kunne drifte tjenester som lokalmedisinsk senter og legevakt alene på en hensiktsmessig måte. En respondent mener at dersom kommunen hadde blitt tvunget til å etablere egne ø-hjelpsplasser, så hadde det vært teknisk mulig, men at kommunen er for liten til å oppfylle intensjonen i samhandlingsreformen for denne tjenesten. En annen respondent påpeker at Våler gjennom å samarbeide svarer på en villet utvikling fra sentralt hold der mer av spesialisthelsetjenestene blir skjøvet over på kommunene. Til tross for at Våler for noen tjenester møter utfordringer på grunn av kommunestørrelsen, blir det likevel søkt å si at respondenter fra Våler opplever at de blir *pålagt å samarbeide* av statlige instanser. Ingen av respondentene ga heller uttrykk for at samarbeid ble sett på som en norm for å unngå kommunesammenslåing. Én respondent mente imidlertid at gode samarbeid ga mindre behov for sammenslåing. I intervjuene er det heller ingen som gir uttrykk for at samarbeid er tilpasninger til tatt-for-gitt-holdninger».

For Vålers deltakelse i helsesamarbeid som legevakt og lokalmedisinsk senter er det størst forklaringskraft i instrumentelle motiver som kvalitet og robusthet, på grunn av kommunens ønsker om styrket fagkompetanse og redusert sårbarhet.

5.2.5 Oppsummering problemstilling A

For denne problemstillingen kan vi trekke ut noen mønstre som skiller Moss fra de tre andre kommunene i regionen. I gjennomgangen av de instrumentelle motivene for samarbeid, kommer det fram at de tre minste kommunene opplever at de noen ganger kommer til kort når det gjelder fagmiljø og bemanning på helsefeltet. Dermed er det særlig de instrumentelle motivene «robusthet» og «kvalitet» som går igjen som de fremste forklaringer på hvorfor disse kommunene ønsker å samarbeide. Dette illustreres godt av rådmannen i Råde sin lesning av faktorene kommunene for flere år siden ble enige om at skulle ligge bak samarbeid i regionen: Økonomiske besparelser var et mål, men ikke det meste sentrale. Derimot var de viktigste målene å styrke fagmiljøene og tilbudene (Råde1). Dette mønsteret stemmer også med analysen til Leknes m. fl. (2013:V), som fant at muligheten for å utnytte fagkompetansen

bedre, var den viktigste grunnen til at norske kommuner danner interkommunale samarbeid. «Styring» er en motivasjon med liten forklaringskraft på samarbeidene. Det eneste samarbeidet der bedre «styring» og økt forhandlingskraft utad blir nevnt som en positiv effekt, er det administrative samarbeidsutvalget. Her blir Mosseregionen representert som én aktør. En respondent fra Våler mener kommunens interesser dermed ble bedre fremmet overfor sykehuset: «jeg [tror] vi har lært oss at når vi står sammen, så får vi en organisasjon som kan være litt mer jevnbyrdige med sykehussystemet» (Våler5).

I likhet med de tre andre kommunene, er Moss sine motiver for å inngå helsesamarbeid å styrke robustheten og kvaliteten i tilbudet. Men ettersom kommunen i utgangspunktet operer innenfor relativt store forhold, så er en minst like viktig motivasjonen å øke befolkningsgrunnlaget for tjenestene og ta ut stordriftsfordeler. Dette inngår i variabelen «effektivitet». Et eksempel på dette er plassene for lindrende behandling som Moss driver i tilknytning til det lokalmedisinske senteret. Moss kommune har et sterkt fagmiljø på dette feltet tilknyttet disse plassene som de opplever som relativt dyre i drift. De ønsker derfor å selge plasser til de andre kommunene for å få større pasientgrunnlag og høyere bruk av plassene. Her handler det altså stordriftsfordeler.

Av institusjonelle forklaringer på inngåelse av samarbeid, så opplever to respondenter fra Råde at det har vært et visst press fra statlig hold om å inngå samarbeid om ø-hjelpstilbudet gjennom føringene i samhandlingsreformen. Det er likevel lite grunnlag for å slå fast at Råde eller de andre kommunene i regionen opplever at statlige føringer eller lovverk i praksis har pålagt dem å inngå samarbeid. «Tilpasning til lover og regler» har dermed liten forklaringskraft. I Moss mener respondenter at ø-hjelpssamarbeidet kan ha vært påvirket av helseforetakets ønsker om at Østfold-kommunene samarbeider innad i hver region. Dette kan tolkes som at inngåelsen av samarbeid har vært en «tilpasning til normer», der omgivelsene ser på denne organisasjonsformen som god. Men heller ikke dette er et klart funn. Respondentene mener imidlertid i liten grad at opprettelsen av helsesamarbeid i regionen var «tilpasning til tatt-for-gitt-holdninger». De institusjonelle motivene kan dermed i mindre grad forklare helsesamarbeidene som eksisterer i Mosseregionen.

Kun respondentene fra Moss er helt klare på at kommunen kan produsere alle de pålagte helsetjenestene på egenhånd. Innen den største av de tre kommunene, Rygge, er det imidlertid litt uenighet hvorvidt dette kunne latt seg gjøre innen rimelighetens grenser. Av påleggene som kommunene har fått gjennom samhandlingsreformen, er det uansett kun det lovpålagte

kravet om ø-hjelpsplasser som de tre mindre kommunene anser som lite realistisk å produsere alene på en hensiktsmessig måte. Utenom samhandlingsreformen er det særlig samarbeidet om legevakt som skiller seg ut på samme måte. I intervjuene har flere også gitt uttrykk for at de ikke-lovpålagte tjenestene ACT-team og prosjekt «Klinisk blikk» neppe hadde blitt til uten samarbeid over kommunegrenser, mens andre samarbeid bare handler om at kommunenes interesser overlapper.

Dette er det verdt å stoppe opp ved. For selv om samhandlingsreformen er en krevende reform, så er det én klar tilbakemelding fra alle kommunene uavhengig av størrelse: Bortsett fra ø-hjelpstilbudet og til en viss grad «Klinisk blikk», så er det ikke robusthets- eller kvalitets-problemer som skaper mest hodebry i kommunene. Den største utfordringen er ifølge respondentene at det settes opp store mål gjennom reformen som det ikke følger med tilstrekkelige midler til. Rådmannen i Moss beskriver en del av problemet slik: «[F]olkehelse er også blitt en lovpålagt tjeneste i samhandlingsreformen, og den er det ikke fulgt en med krone til» (Moss1). Dette står i sterk kontrast til målsettingene med reformen der kommunene ble lovet vekst i frie inntekter og en særlig satsing på forebygging (HOD 2009:29).

Kommunene påpeker også at de får sykere pasienter tilbake fra sykehuset, og at det stilles høye krav innen blant annet rehabilitering. En politiker fra Moss beskriver utfordringene med helsetjenestene i kjølvannet av samhandlingsreformen slik: «for det gjelder for alle kommunene enten de hadde vært alene eller sammen, så er ikke ressursene nok til at vi kan få bygd opp det sånn som det burde ha vært» (Moss6). Hverken interkommunale samarbeid eller kommunesammenslåing oppleves som tilstrekkelige løsninger på det respondentene omtaler som en underfinansiert reform.

6. Problemstilling B: Produktivitet og konfliktnivå i helsesamarbeidene

Som oppgaven har vist, samarbeider kommunene i Mossregionen mye både på helsefeltet og innen andre tjenestekområder. I den følgende delen vil oppgaven svare på problemstilling B. Dette skal gjøres ved å undersøke hvorvidt de involverte aktørene opplever at de interkommunale helse- og omsorgssamarbeidene har et godt samarbeidsklima og er produktive, eller om samarbeidene oppleves som konfliktfylte og lite produktive.

Først i denne delen vil det bli presentert funn for den avhengige variabelen «innslag av konflikt og produktivitetsutfordringer i helsesamarbeidene». Dette vil være en punktvis fremstilling av situasjoner som enten har innslag av uenigheter og konflikt, eller er eksempler på helsetjenester der respondentene mener produktiviteten kunne ha vært bedre i Mossregionen. Deretter vil oppgaven undersøke i hvilken grad respondentene opplever at konfliktnivået og produktiviteten i helsesamarbeidene kan forklares av de uavhengige variablene til Steinacker (2004). Disse er «felles vinning», «aktørenes interesser», «aktørenes politiske makt» og «stabilitet i aktørenes interesser».

6.1 Avhengig variabel: Innslag av konflikt og lav produktivitet

Gjennom intervjuene med lokalpolitikere og ansatte på ulikt nivå i de fire kommunene, beskrives det generelle samarbeidsklimaet i Mossregionen som langvarig og godt, mens de opplever konfliktnivået som generelt lavt. Det er likevel innslag av uenigheter og interessemotsetninger innen flere samarbeid, og det er disse oppgaven vil ta utgangspunkt i her. Interesse motsetninger er ikke unaturlig når det skal bli enighet mellom fire kommuner med forskjellig størrelse og som står overfor ulike utfordringer. Det store spørsmålet som denne problemstillingen forsøker å besvare, er imidlertid om disse uenighetene blir løst på en god måte og om kommunene får tilfredsstillende tjenester gjennom samarbeidene. Her følger ni punkter respondentene har trukket fram som utfordringer eller potensielle utfordringer for helsesamarbeidene i Mossregionen.

1. Avgrensningen av oppgavene tilknyttet det lokalmedisinske senteret

Da Mossregionen skulle gjennomføre samhandlingsreformen lokalt, ble mange ideer til samarbeidsområder diskutert. Flere av disse var planlagt å bli tilknyttet det lokalmedisinske senteret (Prosjektplan 2011-2014:3-6). En av respondentene sier det var opptil ti andre

samarbeidstiltak som var under vurdering og planlegging. Etter en lang prosess med mange involverte aktører endte det lokalmedisinske senteret kun opp med å inneholde det eneste nye lovpålagte kravet, som var opprettelsen av plasser for øyeblikkelig hjelp-døgnopphold. Både ut fra potensialet mange så for samarbeid og ut fra den omfattende prosessen i forkant, uttrykker flere av respondentene skuffelse over at senteret ble en minimumsutgave. Noen mulige samarbeidsområder som ble nevnt i denne sammenhengen var ifølge respondentene poliklinikker for psykiatri, poliklinikker for spesielle pasientgrupper, en felles sykepleierpool der man sendte sykepleiere dit det var behov, at noen av sykehjemmene spesialiserte seg på noen tjenester, mer samarbeid om rus og psykiatri, boligsosialt samarbeid, demensomsorg, rehabilitering, og lindrende behandling. Denne prosessen er interessant å undersøke nærmere, ettersom den får fram hvorfor på samarbeid ikke har lyktes. Ingen av respondentene mener at konfliktnivået var høyt i denne prosessen, men respondenter fra alle kommunene mener at Mossregionen kunne fått en mer produktiv helsesektor ved å gjøre omfanget av samarbeidet større.

2. Tilbud og manglende etterspørsel

Før avgrensningen av det lokalmedisinske senteret ble gjort, opprettet Moss en frisklivssentral som kommunen ønsket skulle være et interkommunalt samarbeid. Etter at de andre kommunene takket nei til samarbeid, har frisklivssentralen blitt lagt ned. I tilknytning til det lokalmedisinske senteret opprettet Moss dessuten plasser for lindrende behandling, som respondenter fra kommunen mener holder et høyere faglig nivå enn nabokommunene kan tilby. Moss har overkapasitet på disse plassene og ønsker derfor å selge plasser til nabokommunene. Resultatet er at Moss bruker store ressurser på å holde i gang de palliative plassene, mens de andre kommunene produserer denne tjenesten på egenhånd. Det drives også kjøp og salg innen andre helsetjenester. Noen respondenter mener kommunene kunne kommet bedre ut med tettere samarbeid på en del slike tjenester, slik at tilbud og etterspørsel blir mer forutsigbart. Samarbeidsformen er derfor ifølge noen respondenter ikke den mest produktive, men heller ikke her er det noe høyt konfliktnivå.

3. Moss bruker tjenestene i vertskommunesamarbeidene mest

Både innen legevakt og lokalmedisinsk senter viser statistikk at Moss har mye høyere forbruk av tjenestene per innbygger enn de andre kommunene, samtidig som kostnadene deles etter innbyggertall. At Moss bruker mer enn de andre kommunene skaper ikke noe høyt konfliktnivå i seg selv. Derimot er flere kommuner oppgitte over at de er med på å finansiere det lokalmedisinske senteret som produserer en lovpålagt tjeneste, men som de bruker lite. Én

kommune opplyser at de knapt har brukt senteret siden oppstarten. Denne skjevbruken gjør at ikke alle kommunene føler at samarbeidet er produktivt, men interessemotsetningen fører ikke til noe høyt konfliktnivå.

4. Vestby er interessert i å bli en del av det lokalmedisinske senteret

Vestby ble invitert til å ta del i det lokalmedisinske senteret, men valgte å stå utenfor samarbeidet selv om kommunen er en del av legevaktsamarbeidet. Nå har det kommet signaler fra Vestby om at kommunen vil søke om opptak til å bli en del av distriktet til det nye Østfold-sykehuset på Kalnes, som er under bygging. Dermed blir det naturlig at Vestby ønsker å bli en del av det lokalmedisinske senteret i Mosseregionen. Dette opplever flere av kommunene som problematisk, da en utvidelse av senteret kan være vanskelig og føre til merkostnader. Selv om det dermed kan føre til lavere produktivitet, tror ingen av respondentene dette vil føre til konflikt mellom kommunene.

5. Valg av styringsmodell for legevakt og lokalmedisinsk senter og politisk

Flere av politikerne oppga i intervjuene at de ikke opplevde å ha noe særlig innflytelse på helsetjenester der Moss er vertskommune. Legevakten var tidligere et § 27-samarbeid der det var et politikeroppnevnt styre, noe som gjorde at politikere fra de ulike kommunene kom tett på samarbeidet. Det var riktignok kun noen få politikere som satt i disse styrene, og de resterende politikerne var ikke garantert god innsikt i driften. Med administrativt vertskommunesamarbeid blir styringslinjen mye lengre for politikerne i samarbeidskommunene. Her må rådmann fra vertskommunen informere rådmann i samarbeidskommunen som igjen informerer sine respektive kommunestyre. Dette opplever flere politikere nærmest som at hele tjenesten er tatt vekk fra deres ansvarsområde. Kommunestyrenes involvering i vertskommunesamarbeidene har stort sett bestått av å godkjenne valg av styringsmodell. Dette opplevde dessuten flere som sandpåstrøing der beslutningen om organisering i praksis var tatt på administrativt nivå. Fra administrativt hold blir det hevdet at en slik form for samarbeid gjør tjenestene bedre. Det er vanskelig å si om slike tjenester blir mer eller mindre produktive ved at politikere får mindre innflytelse. Det gir imidlertid en åpenbar utfordring når det kommer til lokaldemokrati. I vår sammenheng er det særlig interessant at dette skaper et visst konfliktnivå mellom politikere og administrasjon. Politikere føler seg i økende grad tilsidesatt og gir uttrykk for at de resignerer på stadig større deler av kommunens virksomhet.

6. Lite informasjon fra vertskommunen

Flere av respondentene i samarbeidskommunene mener de får svært lite informasjon om de interkommunale samarbeidene fra vertskommunen. Dette gjør at de ikke opplever å ha mulighet til å drive reell styring. Fra rådmannsnivå blir det påpekt at mange av disse tjenestene uansett er såpass kompliserte at aktiv politisk styring ikke har noe for seg. Opplevelsen av å få for lite informasjon varierer imidlertid mye ut fra hvilket nivå i kommunen man befinner seg på. På kommuneoverlegenivå er det ofte daglig kontakt, og informasjonsflyten og påvirkningsmulighetene oppleves god. Flere påpeker også at samarbeidet er såpass nytt at man må regne med litt innkjøringsproblemer før både pasientflyten og informasjonsflyten er slik man ønsker. Denne opplevde informasjonsmangelen fører til et visst konfliktnivå og det gjør det vanskeligere for samarbeidskommunen å sørge for at samarbeidet blir mest mulig produktivt.

7. Budsjettsprekk i Moss

Et tilbakevendende tema blant respondentene i de tre minste kommunene var at Moss i fjor hadde en budsjettsprekk på 40 millioner kroner på helsefeltet (Eriksen 2013a og 2013b). En respondent fra Moss oppgir at de nå skal ha en 360 graders gjennomgang av alle heletjenestene i kommunen. Flere påpeker at utgiftene har vært langt høyere enn inntektene i flere år, og utviser en viss bekymring for om de interkommunale samarbeidene med Moss vil bli påvirket av dette. Denne usikkerheten blir også oppgitt som en viktig grunn for den store motstanden mot kommunesammenslåing i regionen. Dette har foreløpig ikke ført til noe høyt konfliktnivå, men flere er bekymret for at det kan gå ut over produktiviteten i samarbeidet.

8. Krangel i andre samarbeid

Det interkommunale samarbeidet om brannvern i Mossregionen har skapt et høyt konfliktnivå mellom kommunene. Moss betaler langt mer per innbygger enn Våler. Moss mener denne fordelingsnøkkelen er urimelig, mens Vestby mener at behovet for brannvern i Moss er mye større på grunn av byens bebyggelse og industri. Ettersom dette samarbeidet er avhengig av like beslutninger i alle kommunestyrene, får ikke Moss endret fordelingsnøkkelen. Resultatet er at Moss dermed planlegger å si opp samarbeidet. Respondenter mener imidlertid at dette ikke smitter over på helsesamarbeid, og at læring fra dette samarbeidet har gjort at organiseringsform og fordelingsnøkkel i andre og nye samarbeid har blitt et enklere tema. At én kommune har ansvaret for tjenesten gjennom administrativt vertskommunesamarbeid og at utgiftene fordeles etter antall innbyggere, blir derfor trukket fram som samarbeidsformens som fungerer best i Mossregionen. Man kan

likevel si at konflikter i andre samarbeid gir et potensial for et høyere konfliktnivå innen samarbeid om helsetjenester. Kanskje enda viktigere er det at kommunene kan bli tilbakeholdne med å inngå samarbeid på andre områder, slik rådmannen i Moss påpeker (Moss1). Dette kan gjøre at regionens samlede helsetjenester kan bli mindre produktive enn det de kunne vært gjennom samarbeid.

9. Grenseproblematikk

Det er flere helsetjenester som respondenter mener har et ubenyttet samarbeidspotensial i Mosseregionen, men der grenseproblematikk står i veien. Særlig gjelder dette tynge tjenester der kommunen som tilbyr en tjeneste, risikerer å tiltrekke seg personer fra regionen med store behov. Sett under ett kan det lønne seg for regionen å spesialisere seg på gode tjenester til slike brukere. Dette gir imidlertid en rekke uløste utfordringer knyttet til finansiering. Det er vanskelig å beregne den totale kostnaden én enkeltpasient utgjør på andre områder der kommunene ikke samarbeider. Grenseproblematikken fører ikke til noe høyt konfliktnivå, men flere respondenter mener det står i veien for produktive samarbeid.

Som gjennomgangen av disse punktene viser, er det generelt et lavt konfliktnivå i regionen og respondentene er også for det meste fornøyd med de samarbeidene som eksisterer. Derimot mener mange respondentene at det er flere hindringer som står i veien for en maksimal utnyttelse av samarbeidsmulighetene og de samlede helseressursene i regionen. Noen av disse uenighetene og potensielle konfliktene angår allerede etablerte samarbeid, mens andre handler om tjenester der det ikke er oppnådd samarbeid. Samarbeidene om helse- og omsorgstjenester i Mosseregionen ser generelt sett ut til å ha lavt konfliktnivå, men samtidig et uutnyttet potensial for tjenestesamarbeid som kan gi høyere produktivitet og ressursutnyttelse. I den videre analysen vil oppgaven undersøke forklaringskraften til Steinackers fire uavhengige variabler har for disse to observasjonene.

6.2 De uavhengige variablene

6.2.1 Felles vinning

Den første av de uavhengige variablene til Steinacker tar for seg hvorvidt alle partene anser at de har noe å tjene på et samarbeid. Interkommunalt samarbeid er i utgangspunktet helt frivillig. I praksis kan dette bety at én enkelt kommune som ikke ser seg tjent med å samarbeide, kan sette en stopper for hele samarbeidet om en helsetjeneste i regionen.

Avgrensningen av lokalmedisinsk senter

Mekanismen kan illustreres godt av avgrensningen av det lokalmedisinske senteret. I en gjennomgang av opptil ti ulike prosjekter som kunne bli tilknyttet senteret, var det ifølge flere respondenter alltid én eller flere kommuner som ikke så seg tjent med de enkelte samarbeidene, bortsett fra det lovpålagte øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Oppfattelsen av hvem som var pådriver og hvem som ikke ønsket et mer omfattende samarbeid under prosessen, varierer imidlertid mye. En respondent fra Moss mente at det var

«[...] en kjempenedtur i forhold til idemyldringen. Og det er nok veldig ofte Moss som den store kommunen med mest fagressurser som ser muligheten for samarbeid, mens de små kommunene sitter liksom med sine to psykiatriske sykepleiere og tenker litt snevrere.» (Moss4).

I Våler har en respondent stikk motsatt opplevelse av prosessen, og viser til at Moss har gått med underskudd på helseområdet over flere år:

«Moss kommune har nok hatt mer enn nok med seg selv de seneste årene. Det begrenser nok mulighetene for å se på tvers av kommunegrenser og benytte ressurser man egentlig trenger internt til andre oppgaver. Våler har nok hatt ett ønske om å samarbeide også om andre tjenester» (Våler3).

En administrativt ansatt i Råde sier om det lokalmedisinske senteret at «imellom Rygge, Råde og Våler er det nok en enighet om at vi skulle ønsket et bredere tilbud» (Råde3).

Respondenter fra alle kommunene mener at det er mulighet for flere og bredere samarbeid som kan være lønnsomme for alle partene, men som det likevel ikke oppnås enighet om.

Utover de tjenestene som ble nevnt i omtalen av lokalmedisinsk senter under *6.1 Avhengig variabel*, nevner respondenter at regionen også kunne samarbeidet om forebygging og tidlig intervensjon, boliger for svært krevende brukere og utskrivningsklare pasienter.

Som redegjort for under problemstillingen om kommunenes motiver for samarbeid, så vurderte ikke de tre minste kommunene det som hensiktsmessig å opprette ø-hjelpsplassene selv. Dessuten påpeker flere at de statlige prosjektmidlene kun gikk til etablering av de lovpålagte ø-hjelpsplasser, mens et mer omfattende lokalmedisinsk senter hadde måttet bli finansiert direkte fra kommunene. At de fire kommunene kom til enighet om denne minimumstjenesten kan dermed helt klart sies å være et resultat av felles vinning. En respondent fra Våler omtaler dette tilbudet som «et slags minste felles multiplum» av

tjenestene som var oppe til diskusjon (Våler4). For de minste kommunene ble det mulig å få kvalitet og robusthet i denne tjenesten, mens Moss fikk flere å dele regningen med. En politiker fra Moss beskriver kommunens holdning slik: «[S]elv om vi er storebror i samarbeidet, så er [samarbeid] like viktig for oss som det er for småkommunene rundt oss» (Moss5). Denne byttesituasjonen oppsummeres godt av en respondent fra Våler, som beskriver helsesamarbeidene generelt i regionen slik: «Våler får som en liten kommune forholdsvis rimelige tjenester. Og Moss kommune har sett seg tjent med å opprettholde de tjenestene som er interkommunale fordi andre også yter en skjerv» (Våler4). De prosjektene regionen faktisk kommer til enighet om, opplever kommunene at i stor grad at er produktive for alle, samtidig som konfliktnivået også er lavt.

Kjøp og salg av tjenester

Selv om de fire kommunene ikke kom fram til noen felles samarbeidsavtaler utover ø-hjelp, var ikke prosessen helt uten resultater i etterkant. Resultatet har ifølge rådmannen i Råde vært at kommunene

«[...] har utviklet ordninger for kjøp og salg av tjenester og avtaler på administrativt nivå som del av det løpende samarbeidet [...] Så mer under de sterke strukturene som vertskommunebasert interkommunalt samarbeid er, så har vi en ganske stor fleksibilitet føler vi» (Råde1).

Rådes rådmann påpeker at de ulike kommunene har styrker og svakheter på ulike felt, og at en situasjon hvor alle kommunene produserer alle tjenester på egenhånd kanskje er «en suboptimal ressursutnyttelse» (Råde1). Rådmannen i Rygge har en liknende oppfattelse og ser at kommunene noen ganger har kapasitetsutfordringer innen flere helsetjenester. Denne respondenten mener imidlertid at det har vært vanskelig å etablere et felles ansvar for kapasiteten på tjenester som er viktige for den enkelte kommune (Rygge1).

Kjøp og salg av tjenester er derimot en pragmatisk og lite bindende form for samarbeid som det er lettere å bli enig om. Råde selger for eksempel plasser for senildemente til de andre kommunene – også til kommuner utenfor Mossregionen. Selv om ikke kommunene opplever at de har felles langsiktige interesser på et felt, vurderer kommunene om de har felles vinning fra gang til gang innen kjøp og salg av enkelttjenester. Variabelen «felles vinning» har dermed forklaringskraft i den forstand at kommunene gjør en fortløpende vurdering av egen vinning for innkjøp eller salg av en tjeneste. Noen uttrykker skuffelse over at man ikke har klart å samarbeide om mer og gjennom mer langsiktige samarbeid. Likevel er det lite tegn til

at det har vært noe høyt konfliktnivå rundt at noen kommuner ikke ser seg tjent med å inngå samarbeid eller kjøpe enkelttjenester.

Motstand mot kommunesammenslåing

En alternativ forklaring til hvorfor det lokalmedisinske senteret ble såpass avgrenset, ble fremmet av en respondent fra Moss. Informanten mente mindre kommunene knyttet utstrakt samarbeid opp mot kommunesammenslåing: «Det var sånn at samhandlingsreformen egentlig la opp til en kommunesammenslåing på helse- og omsorgssiden. [...] Og det skjønte både vi og kommunene [...]» (Moss4). Den samme respondenten mener dette var grunnen til at prosessen med å etablere lokalmedisinsk senter kun endte opp med et samarbeid om ø-hjelpstilbudet – som kommunene uansett var lovpålagt å etablere: «alt det andre, da kom dette her med storkommune og kommunesammenslåing og lokalt er best» (Moss4). Dette kan sees på som en forståelse av situasjonen fra Moss kommune, som er tilhenger av sammenslåing av region. Men i et bredere perspektiv kan motstand mot kommunesammenslåing være en faktor som begrenser mulighetsrommet for samarbeid. Selv om en tjeneste kanskje er nyttig å samarbeide om i seg selv, så kan en skepsis mot å bli for mye integrert med de andre kommunene føre til at mindre kommuner ikke oppfatter samarbeidet som felles vinning. Dette kan særlig være tilfellet dersom tjenesten i praksis blir ført ut av kommunen, slik som i et vertskommunesamarbeid. Et synspunkt som også kommer fram, er at det har en verdi i seg selv å produsere en tjeneste i hver enkelt kommune og med nærhet til brukerne.

Rådmannen i Råde er uenig at den avgrensningen som fant sted i LMS-prosessen skjedde på grunn av en trussel om kommunesammenslåing: «Det var en rent sånn: 'La oss ikke ta munnen for full'. Det var en nokså praktisk økonomisk sak» (Råde1). Derimot mener rådmannen, i likhet med flere respondenter, at skepsisen mot kommunesammenslåing generelt sett kan ha en dempende effekt på hvilke prosjekter de ulike kommunene anser å vinne på:

«Hvis vi rådmennene nå sier at 'vi har noen kjempeflotte prosjekter her, la oss gjøre dette', så sier noen 'Ikke driv med det da, for jeg vil ikke ha noen kommunesammenslutning'. Mens andre sier 'Ja gjør det da, så trenger vi ikke noen kommunesammenslutning'. På grunn av det skismaet der i argumentasjon så blir resultatet at vi rådmennene trekker oss litt tilbake [...]. [Da] kommer ikke vi drassende med sånne løsninger, for det har ikke noen klangbunn». (Råde1)

Det er grunn til å tro at nytten mindre kommuner anser å få gjennom samarbeid, blir påvirket av en mulig trussel om kommunesammenslåing. Særlig kan dette tenkes å ha noe å si når

regjeringen har satt kommunestruktur på den politiske dagsordenen. Dette kan dermed legge en demper på den felles ressursutnyttelsen i regionen, men det er få indikasjoner på at det har høynet konfliktnivået i selve samarbeidene.

Transaksjonskostnader kan hindre samarbeid

Et annet moment som ifølge respondentene reduserer muligheten for å finne samarbeidsprosjekter som alle vinner på, er kostnadene ved selve etableringen. Flere har kommentert at den omfattende prosessen for å utrede og bli enige om samarbeid om lokalmedisinsk senter, har medført kostnader i form av både tidsbruk og penger. Dersom en av de aktuelle samarbeidskommunene i utgangspunktet er fornøyd med egne tjenester på et felt, kan prosjektet dermed strande. En respondent fra Rygge kommenterer at denne effekten kunne sees under iverksettingen av samhandlingsreformen, der kommunene opplevde at midlene de fikk fra statlig hold ga lite rom for å etablere nye tjenester: «Noen av kommunene har bedre tjenester eller mere tiltak i egen kommune og er ikke så interessert i å samarbeide» (Rygge3). Transaksjonskostnader kan også virke motsatt vei. En av respondentene ga et eksempel på at egen kommune hadde vurdert å forlate et av helsesamarbeidene, men at kommunen ville «[...] opprettholde den avtalen fordi det koster penger å starte opp noe eget også» (Rygge7).

Oppsummerende diskusjon

At aktørene opplever at de har felles vinning av samarbeid, kan i stor grad forklare hvorfor konfliktnivået er lavt. Det er ikke mye diskusjon rundt å fortsette å være en del av legevakten, lokalmedisinsk senter og flere andre tjenester selv om det er uenigheter i enkelte saker. Mange av respondentene – særlig på administrativt nivå – mener likevel at det er potensiale for å samarbeide om flere tjenester slik at produktiviteten blir bedre for helsetjenestene i alle kommunene. At dette likevel ikke blir gjort, må forklares av andre faktorer enn en rent faglig vurdering av lønnsomheten. Dette fører analysen over på kommunenes interesser.

6.2.2 Aktørenes interesser

Selv om det kan være felles vinning i et mulig samarbeid, er det langt fra sikkert at det blir opprettet. Dette kan kanskje forklares av den andre uavhengige variabelen «aktørenes interesser». Innhold, form, organisering og fordeling av utgifter er temaer det kan være vanskelig å komme til enighet om, og som dermed kan sette en stopper for samarbeid. Dette kan i sin tur påvirke både konfliktnivået og produktiveten negativt. I andre tilfeller kommer man raskt til enige om disse spørsmålene og dette kan antas å resultere i produktive samarbeid

med lavt konfliktnivå. For denne variabelen vil oppgaven gå gjennom uenighet om målsettinger, uenighet om fordeling av goder og ulemper og til slutt de områdene der det er klar enighet om både målsettinger og fordeling.

A) Uenighet om mål

Like kommuner leker best

Under analysen av variabelen «felles vinning» kom det fram at en stor andel av respondentene mener det er flere tjenesteområder der kommunene kan tjene på å samarbeide, men der dette likevel ikke skjer. En respondent fra Våler sier:

«Det er veldig mye vi kunne ha drevet med sammen, som vi ikke driver med sammen, og som vi tukler litt med hver for oss. Moss har et bredere fagmiljø og jobber derfor målrettet med utvikling og spesialisering av enkelte fagmiljøer» (Våler3).

I Moss forklarer kommunelegen om avgrensningen av LMS at «det var en skuffelse i det, for vi hadde nok trodd at vi skulle kunne samarbeide om mer» (Moss4). Ordføreren i Råde mener det er stort potensial for at de ulike kommunene spesialiserer seg på hver sine områder:

«Så jeg tror nok at kommunene kunne ha tjent på å se hvor man er gode, erkjent at her har man en liten utfordring og sagt at OK, dere skal være vår pilotkommune. [...] [Man er nok] for stolt av sitt produkt, sånn at man ikke vil vedgå at man har kanskje andre som er litt flinkere på det området» (Råde2).

Rådmannen i Våler har imidlertid et ganske annet synspunkt, og mener prosessen rundt lokalmedisinsk senter viste at det nå ikke var grunnlag for andre helsesamarbeid i regionen. Derimot mener rådmannen at det er samarbeidsmuligheter utenfor helseområdet (Våler1).

Til tross for at de fleste respondentene ser potensial for felles vinning, kan det se ut til at det er utfordringer med å bli enige om felles mål for hvor og hvordan tjenestene kan produseres. Blant respondentene ble det fremmet to forklaringer som handler om hvorfor det kan være vanskelig å komme fram til felles målsettinger. Den første handler om hvor avanserte tjenestene er. Kommunelegen i Moss mener at det er lettest å få til samarbeid om tjenester som krever spesiell kompetanse som den enkelte kommune opplever vanskelig å skaffe til veie alene:

«[D]er får vi det til og der har det ikke vært så veldig vanskelig heller. Men jo mer diffust og jo lavere ting ligger, også hvis du ser medisinsk på det, så er det vanskeligere. Det som er mer befolkningsrettet. Og det er jo helt logisk.» (Moss4)

For de vanlige allmennhelsetjenestene, som sykehjem og korttidsplasser, er det som regel uproblematisk for alle disse kommunene å opprette et godt nok tilbud på egenhånd. Dette er dessuten innen kjernetjenestene som kommunen driver, og kan være tett innvevd i andre av kommunens tjenester og systemer, noe som kan gi utfordringer med å fordele utgifter mellom kommunene. Innen slike tjenester er det mer sannsynlig at én eller flere kommuner ikke ser noen grunn til å starte samarbeid – selv om det kunne ha ført til felles vinning gjennom styrket fagmiljø eller mer robust tilbud. Dermed klarer man ikke å bli enige om noen felles mål. For tyngre og mer spesialiserte tjenester er mulighetsrommet mindre for mange av kommunene, og da er det lettere å oppleve at det gir felles vinning å inngå langsiktige forpliktende samarbeid for hele regionen.

Den andre forklaringen som kom fram under intervjuene, var at Mosseregionens fire kommuner har ulik størrelse, ulik økonomi, drives på ulik måte og dermed har ulike mål for tjenesteproduksjonen. Dette kan føre til at kommunene ikke blir enige om hva slags mål man skal ha for kvalitet og omfang av én type tjeneste, og på hvilken måte den blir utført.

Respondenter fra de mindre kommunene er opptatt av smådriftsfordelene som nærhet til brukerne og kort beslutningsvei, mens Moss i større grad preges av større fagmiljøer, mer robust drift, større byråkrati og lengre beslutningsveier. Med ulike forutsetninger og ønsker for tjenestene, blir det dermed vanskeligere å sette felles mål der man drar nytte av hverandres fagmiljø eller kapasitet.

Både utfordringene med å bli enige om samarbeid for mindre avanserte helsetjenester samt ulike ønsker for driften, mener respondenter kan påvirke produktiviteten for de samlede helsetjenestene negativt. To eksempler på dette er den allerede nevnte avgrensningen av lokalmedisinsk senter og utfordringene rundt kjøp og salg av tjenester. Heller ikke slike uenigheter om målsettinger ser ut til å påvirke konfliktnivået.

Fire kommuner – mange aktører

En annen utfordring som kan oppstå når fire kommuner skal inngå samarbeid om tjenester, handler om antall involverte parter. Dette kan gjøre at prosessene med å inngå et samarbeid blir unødvendig tungvinte. Flere aktører med ulike målsetninger kan dermed sette ned foten for mulige samarbeid der kommunene i utgangspunktet ser felles vinning. Dette ble særlig

tydelig under den lange prosessen med å etablere lokalmedisinsk senter. Rådmannen i Rygge beskriver denne prosessen slik:

«[...] du drar jo med deg tillitsvalgte fra alle kommunene som påberoper seg plass i alt som er av styringsgrupper og prosjektgrupper. Fordi du får med deg for eksempel fagforbundet og sykepleierforbundet i fire kommuner. Ingen vil la seg representere av andre. [...] de krever seg med alle som en. Da ender det opp med prosjektgrupper og styringsgrupper med svært mange hoder. Resultatet bærer mer preg av allmannamøter enn styringsgruppemøter» (Rygge1).

Rådmannen i Råde har en likende opplevelse av prosessen:

«Vi hadde kommunestyresaker og styringsgrupper med 12-15 personer, svære prosesser. Så sa jeg: `Husk på det, folkens. Det er egentlig bare en middels sykehjemsavdeling vi snakker om her [...]`. Jeg satt med litt følelsen av å skyte spurv med kanoner» (Råde1).

Et gjennomgående funn i intervjuene var at rådmennene var sentrale i å begrense omfanget av det lokalmedisinske senteret. Dette sier også rådmennene selv, slik som rådmannen i Moss:

«det var en ganske stor styringsgruppe – så var det fryktelig energilekkasje i forhold til alt annet vi skulle ha inn her. `Var ikke hele samhandlingsreformen en del av det arbeidet vi skulle gjøre?`. Da var det frisklivssentral, da var det utskrivningsklare, da var det folkehelse. Da var det alt mulig vi kunne finne på å samarbeide om. Og da hadde vi rådmennene behov for å skjære gjennom å si at dette er det vi har fokus på nå og dette er målsettingene våre» (Moss1).

Rådmannen i Rygge mener det var vanskelig å komme til enighet om omfattende samarbeidsprosjekter med så mange parter representert:

«Men utfordringen med å få fire til å gå i takt. Da tror jeg det er greit å finne noe som du ikke lager så mye støy rundt og så konsentrerer du deg om det du må gjøre, og som ligger innenfor det man har mulighet for.» (Rygge1)

En opplevelse som kommer fram i intervjuene med rådmennene, er dermed at når fire kommuner skal inngå samarbeid, så kan det bli mange kokker og mye søl. Ifølge rådmennene resulterte det høye antallet deltakere i at prosjektet «sklidde ut» i den forstand at det ble planlagt flere prosjekter enn det som i utgangspunktet var tiltenkt. En av rådmennene mener

prosjektet kunne fått samme resultat om de fire rådmennene hadde blitt enige seg i mellom, bortsett fra at forankringen ville blitt svakere. Han mener derfor det var «en voldsom forskjell mellom det som kanskje hadde vært en mulig løsning og det som ble løsningen» (Råde1). Under rådmannsnivået er inntrykket derimot at det var felles vinning å hente, men at det i alle prosjektene var én eller flere av kommunene som av ulike grunner ikke ønsket å etablere et samarbeid. Oppsummert kan vi dermed si at interkommunale samarbeid i Mosseregionen involverer en rekke aktører på en måte som kan gjøre den samlede produktiviteten i samarbeidene lavere. På den annen side økes forankringen i ulike deler av kommunene. At flere meninger har vært representert, har imidlertid ikke ført til noe høyt konfliktnivå.

B) Uenighet om fordeling av goder og ulemper

Uforutsigbart kjøp og salg av tjenester

Kommunene i Mosseregionen driver kjøp og salg av flere helsetjenester seg i mellom. Fleksibiliteten som denne løse formen for samarbeid gir, har imidlertid den ulempen at det skaper en uforutsigbarhet som kan gjøre det vanskelig å opprette og holde i drift sterke faglige tilbud i regionen. Som allerede nevnt ønsker Moss å selge plasser på en avdeling for lindrende behandling tilknyttet lokalmedisinsk senter, som de selv anser for å være faglig sterkere enn hva de andre kommunene kan tilby på egenhånd. En respondent fra Moss mener et samarbeid ville styrket tjenestene: «Og der ser vi jo at det hadde vært mye bedre både for fagmiljøet og for økonomien i det, at vi hadde samarbeidet også der» (Moss5). I nabokommunen Rygge opplyser de at kommunen har behov for 1-2 plasser for lindrende behandling i året, og i Våler ser de også behov for slike plasser av og til. Når Rygges behov er såpass lite, har den store uløste utfordringen vært hvem som skal betale for de tomme plassene i et eventuelt samarbeidstilbud. Noen respondenter ser på denne situasjonen som ugunstig og unødvendig byråkratisk, fordi noen kommuner kan ha behov mens andre har et godt tilbud uten at de klarer å oppnå enighet.

Et annet eksempel er Moss sitt ønske om å samarbeide om utskrivningsklare pasienter. Her klarer de mindre kommunene å løse det lokalt. Rådmannen i Moss mener det er vanskelig å få i gang samarbeid om slike tjenester: «[S]å lenge vi ikke er én kommune, så må det nok til noen insitamenter eller ris bak speilet hvis man skal få til interkommunale løsninger» (Moss1). Sånn sett kan den manglende enigheten om fordeling av utgifter for slike tjenester være negativt for den samlede produktiviteten i helsetilbudet i Mosseregionen.

Grenseproblematikk

Grensespørsmål kan også gjøre det vanskelig å beregne utgifter og kostnader for den enkelte kommune. I Rygge nevnes det blant annet at de ønsker å etablere omsorgsboliger med et utvidet tjenestetilbud. Problemene med slike samarbeid oppstår når personer med ekstra behov blir flyttet over en kommunegrense. Da kan det følge med merkostnader utover den enkelte tjenesten. Rådmannen i Rygge beskriver problematikken slik:

«[H]vis vi plasserer en sånn type klient på andre siden av grensa vår, så er det klart at vi får ikke noe jubel fra våre venner på andre siden av grensa. For de får da en type utgift som er større enn den inntekten de får» (Rygge1).

Rådmannen peker på at det ikke finnes «et system i Norge i dag som legger til rette for den typen utfordringer», og mener det er grunnen til at kommunene heller ikke får til samarbeid om bolig for sosialt vanskeligstilte. Dette mener rådmannen også vil gjelde andre mer avanserte kommunehelsetjenester som behandling av rus og psykiatri (Rygge1). Rådmannen i Våler har en liknende oppfatning og sier: «Vi har prøvd oss litt på boligsosialt og sånt noe, men da havner du med noen finansieringsordninger som ikke er helt glimrende» (Våler1). Rådmannen i Moss mener at slike tjenester gir utfordringer som ikke kan løses med interkommunale samarbeid:

«Boligsosialt samarbeid er et typisk område hvor kommunesammenslåing hadde vært helt på sin plass. Vi som byen i regionen, tiltrekker oss åpenbart vanskeligstilte personer. Og hvis nabokommunene, landkommunene, sitter helt stille, så kommer de til Moss» (Moss1).

Et naturlig motargument mot rådmannen i Moss sitt utsagn vil være at så lenge Norge består av mer enn én kommune, så vil det alltid være potensial for slik grenseproblematikk. Men med tanke på Mosseregionens nære samarbeid på mange områder, så er det mer naturlig at det oppstår grenseutfordringer her enn med andre omliggende kommuner. Innenfor enkelte områder som avanserte kommunehelsetjenester, er det derfor grunn til å tro at slike grenseuenigheter gjør ressursutnyttelsen i Mosseregionen mindre produktiv. Men heller ikke her skaper disse uenighetene noe høyere konfliktnivå.

C) Enighet om mål og fordeling

Enighet om overordnet samarbeidspolitik

Den relativt store tillitten kommunene i Mosseregionen uttrykker at de har til hverandre og de

nokså få uenighetene som samarbeidene har medført, kan ses i sammenheng med samarbeidserfaring over lenger tid. Eksempler på langvarige samarbeid er den interkommunale legevakten som har vært i drift siden 1994 og det interkommunale selskapet MOVAR som ble etablert i 1989. Samtidig har kommunene hatt en åpen dialog om hva man ønsker at skal oppnås gjennom samarbeidene. Mens Sarpsborg-regionen og Fredrikstad-regionen gjennomførte sammenslåinger av bykommunene med mindre omliggende kommuner i henholdsvis 1992 og 1994, lagde kommunene i Mosseregionen en overordnet samarbeidsstrategi i 2009. Resultatet ble at de ikke ønsket noen kommunesammenslåing, men at de ønsket å bli flinkere til å samarbeide. Rådmannen i Råde beskriver resultatet av disse strategimøtene slik:

«Det som var spennende med det, var at det ble nedfelt en felles policy som sa at vi skal samarbeide for å ha bedre økonomi, ja, men ikke primært. Det skal være for bedre kompetanseutnyttelse, mulighet for spesialisering for vårt fagpersonell, høyere driftsregularitet» (Råde1).

Disse fem kriteriene er gjengitt i punkt *5.1 Avhengig variabel*. Rådmannen i Råde nevner det lokalmedisinske senteret som et eksempel på hvor omtrent alle disse kriteriene ble oppfylt. Respondenten påpeker at det imidlertid ikke har vært veldig stort trykk for å operasjonalisere denne strategien. Dette tror rådmannen særlig kommer av regjeringens planer om kommunestrukturereform og at små kommuner er tilbakeholdne med å samarbeide så mye at de like gjerne kan slås sammen (Råde1). Som tidligere nevnt er dette også et synspunkt man finner igjen i Moss. Selv om det er noen uenigheter rundt kommunesammenslåing, så er det en gjennomgående enighet om at man ønsker å få samarbeidene på helseområdet til å fungere til beste for alle. Denne enigheten er det gode grunner til å tro at bidrar til å holde konfliktnivået nede, og at når samarbeid først kommer i gang så oppleves de som oftest som produktive.

Enighet om samarbeidsmodell

Organiseringen av samarbeid har vært gjennom en læringsprosess. Erfaringene på brannområdet har gjort at kommunene har dårlig erfaring med interkommunale selskaper. Likevel er blant annet Mosseregionens interkommunale krisesenter fremdeles organisert slik. Legevakten hadde fram til etableringen av lokalmedisinsk senter i 2012 mange likhetstrekk med selskapsorganiseringen, uten formelt å være et selskap. Derimot var den organisert som et interkommunalt § 27-samarbeid med eget styre med politikere, noe særlig rådmennene og

ordføreren blant respondentene mente ga en del uheldige virkninger: Politikere kom i vanskelige dobbeltroller, styringslinjen ble lang, det ble tatt en del beslutninger som gikk på tvers av noen av kommunenes ønsker og det ble vanskelig å gjøre kutt i driften når kommuneøkonomien var trang.

Uenigheter i disse organiseringsformene har medført at det er oppnådd stor grad av enighet mellom kommunene om at administrativt vertskommunesamarbeid er noe som fungerer i Mosseregionen. Ordføreren i Moss påpekte at under prosessen med å etablere lokalmedisinske senter, var Moss tydelig på at kommunen har vedtatt at den ikke skal etablere flere interkommunale selskaper: «Så vi sa at for oss er det kun én ting som er aktuelt, og det er et vertskommunesamarbeid hvor Moss kommune er vertskommune» (Moss2). Denne holdningen var det imidlertid stor enighet om innen administrasjonen og på tjenesteytende nivå i alle kommunene, mens det finnes både tilhengere og motstandere av en slik organisering blant lokalpolitikere. Noen politikere har ønsket vertskommunesamarbeid med folkevalgt nemnd, men disse fikk ikke gjennomslag. Argumenter imot var at det i liten grad var politikk innen legevakt og lokalmedisinske senter, og at dette var noe administrasjonen styrte best på egenhånd.

I administrativt vertskommunesamarbeid blir virksomheten en del av den ordinære driften i vertskommunen, som dermed har kontroll på økonomi, kompetanse og bemanning. Kommunelegene utgjør et faglig råd som kan uttale seg til Moss om driften. Flere påpeker imidlertid at en organisering der én av rådmennene alene har ansvaret for den daglige driften, er helt avhengig av et godt samarbeidsklima med stor grad av tillit. Et generelt inntrykk i intervjuene er at de tre andre kommunene i stor grad har tillit til at Moss som vertskommune forvalter tjenesteansvaret på en god måte. En politiker fra Råde uttrykker seg slik om legevakten og det lokalmedisinske senteret:

«Vertskommuneopplegg for oss som en liten kommune gjør at det krever lite administrasjon. Vi kommer til duk og dekket bord. Og vi betaler for en tjeneste som vertskommunen må ha etablert. Så for oss er det en praktisk og billig løsning.»
(Råde6)

Deltakerkommunen har uansett en viss kontroll over driften i den forstand at kommunestyrene skal få årsmelding, må godkjenne budsjettene til samarbeidet og må komme til enighet i prinsipielle saker. I tillegg er det kontakt på rådmanns-, ordfører- og kommuneoverlegenivå.

Innen legevakt og lokalmedisinsk senter ser denne styringsmodellen ut til å ha bidratt positivt for både et lavere konfliktnivå mellom kommunene og produktiviteten i samarbeidene.

Fordelingsnøkkel og raushet

Problemene med finansieringen av brannsamarbeidene har gjort at det er blitt større enighet om at det å dele utgifter etter antall innbyggere er det mest hensiktsmessige på sikt.

Respondenter forteller at de som var involvert i opprettelsen av lokalmedisinsk senter hadde en pragmatisk tilnærming til finansiering. De ønsket betaling etter befolkning, istedenfor å fordele utgiftene etter hvor mange kronikere eller antall personer med en gitt diagnose de ulike kommunene hadde. Blant respondentene var det tydelig at dette ikke utgjorde noen konflikt, og at oppmerksomheten heller var rettet mot å lage et godt tilbud for alle, noe ordføreren i Råde gir uttrykk for: «[J]eg føler at alle har den samme interessen her. Man vil gi god kvalitet til innbyggerne» (Råde2).

Det viste seg at Moss tar i bruk senteret raskt, mens det i en lang periode ikke ble tatt i bruk i det hele tatt av Råde. Samme mønsteret har vist seg for bruken av legevakten. I en slik situasjon kan det vært naturlig at noen av kommunene ønsker å ta opp kostnadsspørsmålet på nytt. Men ettersom det er relativt stor enighet om finansieringen her og innen andre samarbeid som ACT-teamet, har alle kommunene foreløpig godtatt denne fordelingen. Ifølge ordføreren i Moss skulle imidlertid en av kommunene heller ønske betaling per innleggelse enn etter folketall, men der er Moss klar på at finansieringen må ta utgangspunkt i at hele regionen nyter godt av den samlede beredskapen. Dette ser uansett ikke ut til å ha ført til noe høyere konfliktnivå. En respondent fra Våler påpeker at på grunn av avstanden, så er det naturlig at kommunen bruker legevakten mindre, men at deres innbyggere kanskje tar flere telefoner til legevakten. Denne respondenten ser ingen dramatikk i en slik situasjon: «[U]ansett så måtte vi hatt tilbudet om vi ikke hadde lagt det der. Noen måtte jo ha svart på telefonen. Noen måtte møtt opp» (Våler1).

Oppmerksomheten i de tre deltakerkommunene har hovedsakelig vært rettet mot å få egne leger til å ta i bruk tilbudet bedre enn å endre fordelingsnøkkelen. Alle kommunene har i praksis vist en raushet med at det er svingninger i behovet fra den enkelte kommune. Det samme har også vist seg da det dukket opp en ekstraavgift: I og med at senteret startet opp litt forsinket foretok helseforetaket en reduksjon av tilskuddet. Denne utgiften blir også delt etter innbyggertall. Konfliktnivået har med andre ord vært lavt på grunn av rausheten

samarbeidskommunene utviser, men noen av kommunene har til tider opplevd samarbeidet som lite produktivt.

Sykehusets involvering gjør det lettere å bli enige

Samtidig som de fire kommunene er opptatt av å ha gode samarbeid seg i mellom, snakker mange av respondentene om viktigheten av et godt samarbeid med sykehuset. Særlig har det noe å si i forbindelse med samhandlingsreformen som overfører oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunalsjefen for helse og sosial i Moss opplever at Sykehuset Østfold har presset på for at kommunene skal ta over en større andel av spesialisthelsetjenester enn det Mossregionen har ønsket. Gjennom opprettelsen av det lokalmedisinske senteret har imidlertid regionen gjort det tydelig at den ønsker et nøkternt tilbud, slik kommunalsjefen fra Moss gir uttrykk for:

«Så vi er litt tilbakeholdne og har en diskusjon mot helseforetakene fordi de vil jo gjerne overføre så mye som mulig [...]. Og vi sier nok stopp en hal i forhold til vårt lokalmedisinske senter, vi skal ha en forsvarlig drift, vi skal en drift som vi kan leve med». (Moss3)

Vararepresentant for Mossregionen i det administrative samarbeidsutvalget mener at samarbeid over mange år har ført til at helseforetaket og de fire kommunene likevel kommer nok så greit til enighet. Respondenten fra Råde mener at Sykehuset Østfold har vært en positiv initiativtaker både med tanke på lokalmedisinsk senter og ACT-team, og sier videre at «[v]i har mange sånne gode ordninger som sykehuset har vært tidlig ute i Østfold med å få på plass. Og er med å finansiere fullt ut» (Råde3). Flere respondenter antyder at Sykehuset Østfolds involvering gjør at kommunene lettere får i gang samarbeidsprosjekter. Delvis fordi helseforetaket bidrar med fagkompetanse i oppstarten av nye samarbeid, og delvis fordi sykehuset er med å finansiere tiltakene. Sann sett gjør et velfungerende samarbeid med helseforetaket det lettere for kommunene å bli enige om samarbeidsordninger. Dette ser ut til å bidra positivt til produktiviteten i helsetjenestene i Mossregionen.

Oppsummerende diskusjon

Variabelen «aktørenes interesser» viser seg å ha stor forklaringskraft på samarbeidene om helse- og omsorg i Mossregionen. At det er mye som skal klaffe for at flere kommuner samtidig skal ha overlappende interesser, har vist seg i flere tilfeller. Innsnevringen av tjenestene tilknyttet det lokalmedisinske senteret, kan ifølge flere respondenter tilskrives at én eller flere kommuner ikke så seg tjent med mer samarbeid eller at de ikke ville overlate

tjenester til en annen kommune. De mer uformelle samarbeidene om kjøp og salg av tjenester er også resultat av avvikende langsiktige interesser. Noen respondenter opplever dette som dynamisk der man finner fram til vinn-vinn-situasjoner når én kommune har behov for en tjeneste, mens en annen har overkapasitet. Flere har imidlertid påpekt at dette gjør det vanskelig å bygge opp faglig sterke tilbud. Grunnen er at kommunen som står for tilbudet sitter med den økonomiske risikoen, og må betale de løpende utgiftene for tjenesten selv når nabokommunene ikke har behov. Variabelen kan også i stor grad forklare grenseproblematikken som oppstår mellom kommunene. Det er vanskelig å komme til enighet om hvem som skal betale utgiftene, når utgiftene er usikre. Etablerer man et interkommunalt tilbud for vanskeligstilte i én kommune, vil det tiltrekke seg personer som ofte har behov for andre tjenester som ikke er interkommunale. Det økonomiske omfanget av dette ekstra behovet er vanskelig å måle. Slike målingsproblemer utgjør dermed et hinder for å komme til enighet om samarbeid som kunne ført til bedre tjenester for innbyggerne. Dette kan altså forklare hvorfor potensielt lønnsomme samarbeid ikke oppstår, noe som dermed kan senke den samlede produktiviteten i regionen.

For de samarbeidene som er blitt en realitet har variabelen også stor forklaringskraft på hvorfor konfliktnivået er lavt. Ved opprettelsen av disse samarbeidene har det vært stor grad av enighet om mål og fordeling. Kommunene har gjennom tidligere samarbeid kommet fram til at fordeling av utgifter etter innbyggertall og organisering som vertskommunesamarbeid, er det som fører til minst konflikter. Dette fremstår som en viktig grunn til at konfliktnivået ikke stiger når statistikk viser at vertskommunen Moss bruker tilbudene mest.

6.2.3 Aktørenes politiske makt

Den tredje av Steinackers uavhengige variabler «aktørenes politiske makt» handler om forhandlings- og fordelingssituasjoner. Ifølge dette rammeverket bestemmes aktørenes politiske makt av «verdien av å samarbeide for hver aktør», «ønsker om oppstartstid» og «risikovillighet». Oppgaven vil nå gå gjennom disse tre punktene for å se om ulikheter i makt ser ut til å påvirke konfliktnivået eller produktiviteten i helsetjenestene i Mossregionen.

A) Verdien av å samarbeide for hver aktør

De helsesamarbeidene som faktisk er oppstått, har i stor grad vært preget av konsensus. Og det er et generelt funn at kommunene i regionen ser en gjensidig nytte av samarbeidene til tross for forskjeller i størrelse og målsettinger. Som vist i problemstilling A, så anser Moss at samarbeidet bidrar til å styrke fagmiljøet i tjenestene og samtidig gir stordriftsfordeler fordi

flere deler på regningen. I de tre andre kommunene er det stor enighet om at de for en del tjenester ikke har mulighet til å ha like sterke fagmiljø og lik robusthet som Moss.

Selv om det er felles vinning i samarbeid, kan det likevel tenkes at den mest ressurssterke kan oppnå fordeler i organiseringen eller utøvelsen av tjenesten. Dette kan det være mulig at de andre kommunene godtar eller ser seg nødt til å godta, fordi det ikke er et reelt alternativ å produsere tjenesten på egenhånd. En slik dynamikk kunne vært tilfelle innen lokalmedisinsk senter og legevakt. Ifølge ordføreren i Moss presset kommunen på for å få administrativt vertskommunesamarbeid: «[...] vi sa at sånn blir det. [...] Så jeg vil si at vi brukte makten som [...] den største kommunen i regionen til å si at dere andre kan være med hvis dere vil og hvis ikke lar dere være» (Moss2). Som oppgaven har vært inne på, var det imidlertid nokså stor enighet om dette. Sitatet viser likevel at i denne prosessen oppfattet Moss at de hadde forhandlingsmakt fordi kommunen hadde muligheten til å produsere tjenesten alene.

Et annet eksempel på en fordel som Moss kan få i slike samarbeid, er at nærheten til legevakt og lokalmedisinsk senter fører til høyere bruk i vertskommunen. Heller ikke dette har skapt noe høyt konfliktnivå. Det som derimot har skapt et visst konfliktnivå er at flere opplever at det kommer lite informasjon fra vertskommunen. Til dels gjelder dette legevakt, men hovedsakelig gjelder dette det lokalmedisinske senteret. En respondent fra Råde sier: «[V]i har hatt problemer med [...] å hente ut god nok statistikk fra hvordan vi bruker det» (Råde3). En respondent fra Våler opplever informasjonsmangelen som utfordrende: «Ulempen med interkommunale løsninger er at vi selv ikke har kontroll på kvalitet og kostnader, og at vi ikke alltid har eller får den informasjonen vi kunne ønske oss» (Våler3). En politiker fra Rygge mener dessuten at informasjonen er mye lettere tilgjengelig for politikere i vertskommunen enn i samarbeidskommunene: «Det er klart at er du politisk aktiv i Moss kommune er det mye lettere for deg, du har mye større nærhet til legevakta. Fordi du er på en måte eier av den tjenesten» (Rygge7).

En måte å tolke en slik situasjon på er at verdien av en slik tjeneste er større for deltakerkommunene, ettersom disse uansett ikke kan etablere tjenesten på egenhånd. Dermed har vertskommunen i større grad mulighet til å drive tjenesten uten å gi de andre kommunene så mye innsyn. En slik tolkning ser ikke Moss ut til å være enig i. Kommunalsjefen for helse og sosial i kommunen beskriver informasjonsarbeidet rundt det lokalmedisinske senteret slik:

«Vi har laget en prosjektevaluering, vi har en årsrapport, og vi har månedlige rapporteringer til helse- og sosialutvalget. Vi har komplett opplisting av hver enkelt

pasient fordelt på diagnosegrupper. Og i tillegg har vi gjennomført en brukerundersøkelse» (Moss3).

Rådmannen i Moss mener imidlertid at informasjonsmangel kan være en utfordring i vertskommunesamarbeid:

«Den kan jo ha svakhet for deltakerkommunene. Vi er vertskommune. Men at deltakerkommunene kan oppleve at de ikke får tilstrekkelig informasjon. Det kan oppstå. Jeg vet ikke om de opplever det i denne situasjonen når det gjelder [det lokalmedisinske senteret]. Jeg har ikke fått noen signaler på det i hvert fall.» (Moss1)

Det kan også se ut til at informasjonsutvekslingen er bedre mellom vertskommunen og de samarbeidende kommunene på kommunelegnivå og på rådmannsnivå. Her har kommunene regelmessige møter. Kommunelegen i Våler beskriver informasjonstilgangen fra vertskommunen Moss som god og at faglige innspill ofte blir tatt til følge av Moss (Våler4). Rådmennene uttrykker heller ikke noe misnøye med informasjonstilgangen.

Det er imidlertid vel så naturlig å tolke denne observasjonen som en kommunikasjonsutfordring snarere enn et bevisst tilbakehold fra kommunen som sitter ved rattet. Særlig med tanke på at kommuneleger og rådmenn i vertskommunesamarbeidet mener informasjonen de får er tilstrekkelig og at det det lokalmedisinske senteret ennå er nokså nytt. Generelt sett er det lite som tyder på at noen av kommunene for å oppnå fordeler bevisst bruker maktforskjeller basert på mindre avhengighet av samarbeid. Dette ser dermed ikke ut til å øke konfliktnivået eller gjøre det generelle samarbeidet i regionen mindre produktivt.

B) Ønsker om oppstartstid

Det er vanskelig å få øye på store forskjeller når det kommer til ønsker om oppstartstid for de helsesamarbeidene som har oppstått i Mossregionen. For etableringen av lokalmedisinsk senter kom det i intervjuene fram tre utenforliggende faktorer som hadde betydning for kommunenes ønske om oppstartstid. Det ene var press fra helseforetaket om raskt å opprette et slikt tilbud, det andre var at kommuner i nærheten gikk raskt i gang med slike samarbeid. Det som ble ansett som viktigst var imidlertid at prosjektmidler fra staten gjorde det lønnsomt å komme i gang raskt. Kommunelegen i Våler beskriver prosjektmidlenes påvirkning slik: «[H]vis vi gjør det nå, så kommer vi veldig godt ut av det her. Venter vi ett år eller to, så må vi ta hele kostnaden selv» (Våler4). Disse tre faktorene påvirket kommunene tilnærmet likt, slik at aktørenes politiske makt i denne sammenhengen må kunne sies å være nokså lik.

Den eneste uenigheten om oppstartstid for helsesamarbeid som ble nevnt i intervjuene, var knyttet til felles frisklivssentral. Under prosessen med å etablere lokalmedisinsk senter var det planer om å knytte en frisklivssentral til senteret. Rådmannen i Våler beskriver prosessen slik:

«[F]or det var jo Moss kommune som skar ut litt der – de opprette en frisklivssentral som vi egentlig hadde lagt inn i prosjektplanen vår at skulle komme om to år. Og plutselig så fikk vi spørsmål om å være med, for nå hadde dem opprettet den. Så må de legge den ned året etter fordi de ikke har økonomi til den». (Våler1)

Rådmannen i Moss har et litt annen beskrivelse av prosessen:

«Vi hadde et forsøksvist arbeid i gang for å etablere frisklivssentral i regionen, men det strandet fordi de andre kommunene ikke ville være med. Så etablerte vi vårt eget, som også er valgt å legge ned av politikerne i neste runde». (Moss1)

Ifølge rådmannen i Moss ønsket Rygge og Råde heller å ha frisklivssentral i egen kommune på grunn av reiseveien til Moss, slik at det ikke nødvendigvis var tidspunktet for etableringen som det var uenighet om. Moss startet likevel sentralen på egenhånd, men politikerne i kommunen besluttet i desember 2012 heller å bruke disse midlene på noe annet.

Dersom man legger Råde sin forståelse av situasjonen til grunn, kan man si at Rygge, Råde og Våler sann sett hadde mer makt enn Moss i denne situasjonen. Dette fordi disse kommunene på det tidspunktet ikke så et like stort behov for en slik sentral som Moss. Selv om en frisklivssentral ikke er en svært omfattende investering, førte denne uenigheten opplagt til noe høyere utgifter enn nødvendig og dermed lavere produktivitet i helsesektoren for Moss. Om dette kan tilskrives at det var forskjell på aktørenes politiske makt i dette tilfelle er kanskje noe mer søkt. Situasjonen kan nok mer sees på som uenighet og uklarhet rundt opprettelsen av en slik sentral, og disse uenighetene har ikke eskalert til noen konflikt. Det er heller ingen indikasjoner på at noen av de andre kommunene forsøkte å dra nytte av dette i form av bedre betingelser for et eventuelt samarbeid om frisklivssentral.

C) Risikovillighet

Heller ikke innen risikovillighet kommer det fram klare forskjeller mellom kommunene, med unntak av to allerede nevnte eksempler. Moss opprettet frisklivssentral før det var oppnådd full enighet mellom de fire kommunene om den. Dette er et nokså lite prosjekt slik at det ikke er veldig stor risiko involvert. Det andre eksempelet er at Moss har investert en del i plasser for lindrende behandling. Selv om Moss uttrykker ønske om å samarbeide om disse plassene,

har Moss godt utbytte av plassene selv. Dermed er det vanskelig å si at det innebærer stor risiko for kommunen. Det samme kan sies om det lokalmedisinske senteret. Om noen av partene trekker seg ut, sier informanter fra Moss at eventuelle overflødige plasser kan omgjøres til kommunale sykehjemsplasser.

Oppsummerende diskusjon

Som denne gjennomgangen har vist, så er det vanskelig å slå fast at noen kommuner har hatt mer makt i forhandlingssituasjoner enn andre. I de helsesamarbeidene som faktisk er blitt en realitet, så opplever alle parter i stor grad at det er gjensidig lønnsomt. Derfor har man ikke fått konfliktsituasjoner slik som i brannsamarbeidet. Her kan man si at samarbeidet hadde større verdi for Moss, ettersom Moss godtok å ta en uforholdsmessig stor del av regningen. Dette kan forstås som at de mindre kommunene hadde størst makt i denne forhandlingssituasjonen. Brannsamarbeidet fremstår derimot som et klart unntak blant interkommunale samarbeid i regionen. På helsefeltet har kommunene ofte mange av de samme utfordringene, og det er vanskelig å se forskjell på kommunene når det kommer til ønsker om oppstartstid og risikovillighet. De to unntakene er da Moss forsøkte å dra i gang et samarbeid om frisklivssentral og satsingen på plasser for lindrende behandling.

Steinacker (2004:70-71) antok i sitt rammeverk at maktforskjellene ville være større i kapitalintensive enn arbeidsintensive tjenester. Førstnevnte vil det dermed være vanskeligere å samarbeide om. Dette gir lite utslag for helsetjenestene i Mosseregionen. Snarere ble det i punkt 6.2.2 *Aktørenes interesser* nevnt at det var vanskeligere å samarbeide om normale allmennmedisinske tjenester av mer arbeidsintensiv karakter. Den mest innlysende grunnen respondentene trekker frem her er at det er mindre *behov* for å samarbeide om normale og mer arbeidsintensive tjenester. For samarbeid om mer kapitalintensive tjenester sitter Moss i flere tilfeller med kontrollen over tjenesteutøvelsen og administrasjonen. I tillegg til denne kontrollen kan man også tenke seg at «kjøttvekten» har innvirkning ettersom Moss er klart større enn de tre andre kommunene. Dette taler for at Moss har mulighet til å gi seg selv fordeler i samarbeidene, noe som i liten grad skjedd. Som oppgaven har vist, er en grunn til dette at alle parter opplever å tjene på samarbeidene, og at de ønsker å ha gode samarbeid på flere områder. Moss er også avhengig av at de andre kommunene godkjenner blant annet budsjetter, og det er i praksis lettere å trekke seg ut av slike samarbeid for en liten samarbeidskommune enn for en vertskommune. Ordføreren i Rygge oppsummerer maktbalansen i regionen og hvorvidt det gir seg utslag i samarbeidene på denne måten:

«Det er klart at Råde, Rygge og Våler er jo til sammen like store som Moss. Om de setter seg på bakbeina så kan jo dem fortsette, men da kan jo vi også lage egne samarbeid [...] Og akkurat på de punktene, legevakt og LMS, så føler jeg at man ønsker virkelig at man skal lykkes på de områdene» (Råde2).

Innen helsefeltet i Mosseregionen er det dermed vanskelig å få øye på maktbruk som fører til konflikter eller lavere produktivitet.

6.2.4 Stabilitet i aktørenes interesser

Steinackers fjerde variabel tar utgangspunkt i at forventede stabile interesser blant aktørene gjør samarbeid lettere å inngå. Det vil også gjøre samarbeidene bedre og mindre konfliktfylte. Grunnen er denne: Om én aktør i samarbeidet har tillit til at de andre ikke vil endre samarbeidet eller trekke seg ut i det øyeblikket samarbeidet ikke lenger fremstår som lønnsomt, så slipper den å gardere seg mot slike hendelser. Samarbeid preget av mistillit vil føre til overdrevne regler som kan gjøre samarbeidene stive og lite produktive, samtidig som høye rapporteringskrav kan medføre unødvendig ressursbruk. I de formaliserte samarbeidene i Mosseregionen kommer det fram at kommunenes interesser er ganske stabile. Dette kan sees klart i to tilfeller oppgaven allerede har vært inne på: Moss sine budsjettoverskridelser og Moss sitt merforbruk av de interkommunale tjenestene. Det interessante i denne sammenheng er at det ikke ser ut til å ha fått noen av kommunene til å endre sine interesser i særlig grad og det har heller ikke skapt noe økt konfliktnivå. Noe liknende kan sies om de to følgende situasjonene som kommunene mener er utfordrende, men som likevel ikke hever konfliktnivået i helsesamarbeidene. Det første handler om den pågående konflikten i brannsamarbeidet i Mosseregionen, og den andre er utfordringene som dukker opp ved at Vestby kommune ønsker å bli en del av det lokalmedisinske senteret.

Konflikt i brannsamarbeidet

De fire kommunene samarbeider om en rekke tjenester. Og det er grunn til å tenke seg at problemer i ett samarbeid kan smitte over på andre samarbeid. Flere av respondentene kommenterte at det har vært en langvarig konflikt knyttet til finansiering av regionens brannsamarbeid. Da samarbeidet ble etablert, tok Moss på seg en større andel av kostnadene for å få det i gang. Ifølge rådmannen i Moss medfører dette at kommunen betaler 6 millioner kroner mer i året enn om man skulle fordele etter folketall (Moss1). Ettersom samarbeidet er organisert som et interkommunalt selskap med eget styre, er det nødt for å være konsensus om

endringer av kostnadsfordeling. Dette har det vist seg å være umulig å få til. Rådmannen i Moss beskriver situasjonen slik:

«Så forsøker vi gang på gang å få de andre kommunene til å endre eierbrøken og kostnadsfordelingen, og får det selvfølgelig ikke til. Vi behandler det i bystyret og får selvfølgelig full «go» for det, og de andre ønsker ikke å fremme det engang. Altså, da sliter vi. Og det påvirker selvfølgelig også samarbeidet på andre områder for fremtidig samarbeid» (Moss1).

Administrasjonen i Moss vil nå fremme sak om å si opp brannsamrådet som har to års oppsigelsestid. Selv om rådmannen i Moss mener det kan påvirke samarbeidsmuligheter for andre tjenester, ser det ikke ut til at denne konflikten har økt konfliktnivået i helsesamarbeidene i regionen. Én grunn som nevnes er at det knapt er andre personer enn rådmennene fra de fire kommunene som er involvert i både brann- og helsesamarbeid. Men en vel så viktig grunn er erfaringene fra brannsamrådet, som respondenter mener har ført til en norm om å basere felles utgifter på folketall. En respondent fra Våler uttrykker det på denne måten: «På nesten alle områder [enn brannsamrådet] er det etter befolkningsnøkkel. Det er det sjelden diskusjoner om, synes jeg. Det er bare sånn det er» (Våler4). For både legevakt og lokalmedisinsk senter fordeles alle utgifter på denne måten, og det har ikke vært store konflikter om fordelingsnøkkel. Det kan være grunn til å vente seg at konflikter i ett samarbeid kan gjøre kommunene mer forsiktig med å inngå andre samarbeid, slik det går an å tolke rådmannen i Moss. Dette kan i så fall helt klart påvirke den samlede produktiviteten i helsesektoren negativt. Det som derimot kommer klart fram i intervjuene er at selve uenigheten om fordeling av utgifter i brannsamrådet, er etterfulgt av en klar enighet om fordeling i andre nyere samarbeid. I disse samarbeidene kan altså interessene anses å være stabile, noe som bidrar til at konfliktnivået holdes lavt.

Vestby ønsker å ta del i det lokalmedisinske senteret

Vestby er med i flere samarbeid i Mossregionen, deriblant legevakt. Men da kommunen ble tilbudt å være med på å etablere lokalmedisinsk senter, takket den nei. Nå har kommunen signalisert at den likevel ønsker å bli med. Flere respondenter påpeker at en slik utvidelse kan være problematisk da senteret er dimensjonert for bruken til de fire samarbeidskommunene og at en utvidelse kan medføre ekstra kostnader. Respondenter fra Rygge, Råde og Våler sier at de likevel ikke er bekymret for at dette kommer til å bli en konflikt, ettersom de i utgangspunktet er enige om driften av samarbeidet: Om en utvidelse kan bidra til å styrke

tjenesten er respondentene positive, men dersom det vil koste mer er kommunene i utgangspunktet ikke interessert. Selv om ikke alle er like positive til en utvidelse, så forventer ikke kommunene at det skal bli vanskelig å bli enige om en løsning. Stabile interesser og klare avtaler gjør at konfliktnivået også her holder seg lavt.

Oppsummerende diskusjon

Steinackers variabel «stabilitet i aktørenes interesser» går ut på at jo mer engstelig man er for at de andre aktørene ønsker endringer eller vil forlate samarbeidet, desto mer forsikring gjennom omfattende avtaler trenger man. Dette kan påvirke både konfliktnivå og produktivitet negativt. Mye avhenger altså av tillit til at de andre aktørene tenker langsiktig og ikke uten videre hopper inn og ut av samarbeid. I Mosseregionen samarbeides det på flere nivåer, blant dem vertskommunesamarbeid, interkommunale selskaper og løsere samarbeid som kjøp og salg av tjenester. Stabiliteten i interessene ser ut til å slå ut ganske ulikt på de forskjellige nivåene. Nettopp der man har formalisert samarbeidene med omfattende prosesser i forkant og har klare avtaler, virker det som om det er større aksept for variasjoner i det løpende samarbeidet. Grunnen ser ut til å være bred enighet om fordelingsnøkkel og nokså stor enighet om organisasjonsform fra starten av. Her er altså interessene mer stabile og det fører til lite konflikt selv om det dukker opp utfordringer. Overbruk av tjenester fra én part og budsjettunderskudd i enkeltkommuner er eksempler på situasjoner som ikke får store konsekvenser for konfliktnivået. En slik raushet i tjenestene gjennom stabile interesser, bidrar generelt sett positivt til produktiviteten i region som helhet.

I de løsere samarbeidene som kjøp og salg av tjenester – som ble omtalt under «aktørenes interesser» – er interessene langt mindre stabile. På den positive siden kan man trekke ut fellesgevinster i enkelttilfeller innen tjenester der partene uansett ikke har klart å komme fram til et mer omfattende samarbeid. I en slik situasjon kan man dessuten selge tjenester til kommuner utenfor regionen. På den annen side blir tjenestene mer sårbare for svingninger i etterspørsel, og et uventet lavt forbruk vil måtte dekkes av kommunen som står for tilbudet. Denne situasjonen fører til at risikoen ved å bygge opp et faglig sterkt tilbud derfor blir svært stor. Slike situasjoner fører ikke nødvendigvis til at konfliktnivået stiger, men at den samlede ressursutnyttelsen og produktiviteten ikke er optimal.

6.2.5 Oppsummering problemstilling B

I hvilken grad kan Steinackers fire variable forklare at Mosseregionen har et lavt konfliktnivå rundt samarbeidene, og at respondenter fra alle kommunene mener det er et uutnyttet

potensial for ytterligere samarbeid? Denne analysen har pekt på at «felles vinning» og «aktørenes interesser» i stor grad kan forklare begge disse to observasjonene.

Under variabelen «felles vinning» er det et generelt funn at når fire kommuner forsøker å samarbeide om tjenester, skal mye klaffe for at alle kommunene oppfatter at de har noe å vinne på samarbeidet. Et godt eksempel på dette var i forbindelse med etableringen av lokalmedisinsk senter. Her diskuterte kommunene en rekke samarbeid, men kom ikke til enighet om annet enn en minimumsløsning. Variabelen «aktørenes interesser» viser at selv der kommunene oppfatter at det ligger potensiale for felles vinning, er det flere hindringer for at man faktisk skal klare å komme til enighet om et samarbeid. Grenseproblematikk er én slik hindring, der etablering av en samlet bedre tjeneste i én kommune kan gi merkostnader på andre områder. Disse merkostnadene er usikre både i omfang og tidsperiode og kan være avgjørende for om kommunene inngår samarbeid eller ikke. Dette kan også være utfordrende for i det hele tatt å etablere enkelte avanserte helsetilbud som tiltrekker seg brukere med sammensatte diagnoser. Andre hindringer er at kommunene har ulike ønsker for driften og målet med tjenestene, eller at de ser på drift i egenregi som verdifullt i seg selv.

Innen de samarbeidene som har kommet i stand, opplever alle kommunene at det er godt samarbeid, og at tjenestene blir bedre enn om de skulle bli produsert på egenhånd. Gjennom variabelen «aktørenes politiske makt» kommer analysen fram til at det i praksis ikke er så store maktforskjeller mellom kommunene. I den grad det er ulikheter i makt, kommer det i liten grad fram at noen av kommunene prøver å dra urimelige fordeler av samarbeidene. Dette ser ut til å være et bidrag til å holde konfliktnivået nede. Kommunene har nokså like ønsker for tjenestene og møter mange av de samme utfordringene, noe som blant annet fører til at det oppfattes som rimelig greit å fordele utgifter likt etter befolkningen i kommunene. Dette er normen innen helsesamarbeid, men innen det interkommunale brannsamarbeidet er det en fordelingsnøkkel som gjør at Moss betaler mest per innbygger. Dette har de siste årene skapt konflikt mellom kommunene, men uenighetene på dette feltet ser ikke ut til å smitte over på andre samarbeid. Dette kan blant annet forklares av at Mossregionen har en samarbeidshistorikk som bortsett fra brannsamarbeidet er nokså konfliktfri. Denne erfaringen gjør ifølge respondenter at kommunene har en opparbeidet tillit til hverandre og raushet i bruk og utforming av tjenestene. At kommunene har nokså stabile interesser ser ut til å være et bidrag til at episoder der uenigheter eller utfordringer oppstår, kan passere uten at det høyner konfliktnivået.

Politikere versus administrativ

Noe Steinackers rammeverk ikke har tatt hensyn til, men som kommer fram som en klar konflikt i samarbeidene, er at kommunene ikke alltid er enhetlige aktører. I intervjuene var det tydelig at det innen de interkommunale helsearbeidene gikk en klar konfliktlinje mellom politikere og administrasjon – også internt i en kommune. Uenigheten går særlig på i hvor stor grad politikere skal ha innflytelse i slike samarbeid. Da det ble bestemt at legevakt og lokalmedisinsk senter skulle bli administrative vertskommunesamarbeid, ønsket flere politikere isteden vertskommune med folkevalgt nemnd. Men dette var det sterk motstand mot i administrasjonen, særlig på rådmannsnivå. En politiker oppfattet situasjonen slik: «Vi politikere prøvde å gjøre vår innflytelse gjeldene på forskjellig måte, men alle merket at dette har rådmennene bestemt» (Rygge6). Flere av respondentene mener en slik vertskommunemodell gjør at politikere i mindre grad har innsikt og påvirkningsmuligheter.

Noen opplever også at stadig større deler av helsepolitikken blir flyttet vekk fra politikernes ansvarsområde både gjennom flere interkommunale samarbeid, men også ved at administrasjonen tar flere beslutninger for tjenester som blir mer kompliserte og tekniske. En Rygge-politiker beskriver utviklingen slik:

«Jeg opplever at det hele tiden skjer en overføring av makt fra det politiske nivået til det administrative nivået. Rådmennene, heltidsansatte med sine svære staber, overtar mer og mer og mer av styringen av alt som skjer i kommunen» (Rygge6).

Politikeren mener at særlig innen helse- og sosialsektoren har politikerne lite innsyn, noe som gjør at politikerne i større grad får rollen som «sandpåstrøere». En av ordførerne fanger inn denne opplevelsen i sin beskrivelse av egen tilknytning til det lokalmedisinske senteret: «[S]om ordfører var jeg med og klippte snoren, spiste kake og hadde omvisning, og utover det har jeg ikke noe særlig befatning med det. Det må jeg bare innrømme» (Rygge2).

Ikke alle på politisk plan oppfatter en utvikling der det administrasjonen overtar mer av styringen, som et like stort problem. En av ordførerne sier at: «Jeg opplever at administrasjonen har det innsynet de trenger, og så regner jeg med at hvis det er et eller annet de stusser over, så varsler de til ordfører» (Råde2). Et mønster som dannet seg i intervjuene med politikere var likevel at de godt kunne tenke seg at de interkommunale tjenestene hadde positive effekter for kommunene. Men samtidig mente flere at opplevelsen de hadde av å miste innsyn og innflytelse på helsetjenestene var et lokaldemokratisk problem.

7. Problemstilling C:

Oppfatninger om måloppnåelse

Den siste problemstillingen handler om hvorvidt kommunene får oppfylt det de ønsker gjennom samarbeidene. Det generelle funnet er at samarbeidsklimaet er godt og at kommunene opplever at de drar nytte av samarbeidene. For det lokalmedisinske senteret, som er det tydeligste resultatet av samhandlingsreformen, er alle klare på at det er litt tidlig å gi en endelig dom. Men hovedinntrykket er at tilbudet er godt, men at fastlegene i samarbeidskommunene ikke i stor nok grad har henvist pasienter videre dit.

7.1 Moss

I Moss sitt tilfelle så er respondentene generelt godt fornøyd med alle helsesamarbeidene. Som vertskommune har de dessuten flere av de interkommunale tjenestene i egen kommune og har en del friheter i driften uten at alle kommunene trenger å bli involvert. Respondentene opplever at det er kostnadsbesparende å drive en større enhet enn det de kunne stått for alene, og at rekruttering er lettere når man kan etablere større fagmiljøer. Kommunalsjefen for helse og sosial i Moss omtaler det lokalmedisinske senteret som en «suksesshistorie» og mener det har sammenheng med at det er et oversiktlig tilbud samtidig som samhandlingen med samarbeidskommunene er god. Respondenten sier Moss oppnår stordriftsfordeler og at tjenesten dekker en større befolkning «slik at tilførselen på pasientgrupper blir noe mer forutsigbar» (Moss3). Ordføreren i Moss mener dette samarbeidet gjør tilbudet mer rustet til å møte svingninger i etterspørsel, og at det dermed blir «et romsligere tilbud med mer fleksibilitet» (Moss2). Kommunelegen i Moss legger vekt på at et større nedslagsfelt også gjør at tjenestene kan skåre høyere på faglige kriterier: «[D]et blir litt større og kraftigere. [...] For eksempel leger og sykepleiere, litt høyere kompetanse, utstyr. Du får det lettere til når du har noen du kan spleise med» (Moss4). I det store og det hele får Moss styrket robusthet, kvalitet og effektivitet gjennom samarbeidene, som var de tre motivene som ble trukket fram som viktigst for å samarbeide.

7.2 Rygge

Respondenter fra Rygge er generelt fornøyd med samarbeidet i regionen, og mener at det ville blitt veldig dyrt å opprette ø-hjelpsplasser på egenhånd. Likevel er ikke disse respondentene fornøyde med hva de får igjen i den faktiske *bruken* av plassene på det lokalmedisinske

senteret. En respondent påpeker at Rygge kommune: «[...] betaler jo de pengene til Moss kommune uten å bruke dem. Det er jo å kaste penger rett ut av vinduet» (Rygge3).

Kommunen opplever dermed at de får et tilbud med god kvalitet og robusthet, men at de allikevel kommer dårlig ut økonomisk ettersom kommunen som regel klarer å gi god nok behandling gjennom egenproduserte tjenester. Respondentene mener i første rekke at det må jobbes med å få legene til å ta senteret mer i bruk, men at det også kan vurderes om plassene på senteret kan brukes mer fornuftig.

De administrativt ansatte i kommunene er videre godt fornøyd med legevakta etter at den skiftet eierform. Rådmannen sier at selv om Rygge-befolkningen kanskje bruker legevakta mindre enn om den hadde vært i egen kommunes regi, så er ikke selve bruken av legevakten kommunens viktigste mål for samarbeidet:

«[...] Jeg [tror] befolkningen hele tiden vil møte et kompetent legekorps når de oppsøker vår legevakt. En større legevakt vil ha et større kompetent fagmiljø som ikke er så sårbar i forhold til sykdom blant ansatte. [...] I tillegg til at jeg er ganske overbevist om at vi alene uansett ville måtte betale mer for legevaktstjenesten i egen regi.» (Rygge1)

En respondent mener også at kommunen får store kompetansegevinster ut av det interkommunale prosjektet «Klinisk blikk». Sett over ett opplever respondentene i Rygge at vertskommunesamarbeidet gir gevinster i form av robusthet og kvalitet, men at det oppstår noen utfordringer med å benytte tilbudet fullt ut når det organisatorisk og geografisk er plassert utenfor kommunen.

7.3 Råde

Respondenter fra Råde mener at regionale tiltak ofte vil ha en distanseutfordring, ved at kommunens leger og helsearbeidere ofte vil samarbeide enklere med andre helsetjenester innad i kommunen enn med interkommunale tiltak. Rådmannen i Råde mener tilbud som lokalmedisinsk senter trenger «to-tre års innarbeiding» før mønstre i kapasitetsbehov og kostnader blir tydelig (Råde1). Etter ett års drift er det uenighet blant respondentene om kommunens bruk av plasser er tilfredsstillende. Respondenter i kommunen påpeker at det var ressurskrevende å få til enighet om lokalmedisinsk senter. Her blir det også fremmet en ide om senteret kunne blitt brukt mer fornuftig om nedslagsfeltet var bredere. Respondentene fra kommunen mener generelt at det er positivt å samarbeide om helseoppgaver som legevakt

fordi dette kan gi bedre fagkompetanse, men de er langt mer usikre på om Råde klarer å dra full nytte av tjenestene og om de er godt nok tilpasset kommunens behov.

7.4 Våler

I Våler mener respondentene at de får mye igjen for kronene de investerer i helsesamarbeidene i Mosseregionen. De påpeker også at samarbeidene gir tjenestene bedre fagmiljøer og gjør tjenestene mer robuste. Dette er i tråd med kommunens motiver for å samarbeide. Dette fanges godt inn av et sitat fra kommunelegen i Våler: «Jeg tror at for å sikre både en robusthet i de store tjenestene, slik vi har nå, og samtidig en nærhet på andre tjenester, har vi en gunstig fordeling med dagens ordning.» (Våler4). To av respondentene er tydelige på at suksesskriteriet for det lokalmedisinske senteret ikke først og fremst er Vålers bruk av det, men at det er fulle senger. De mener at etterspørselen fra kommunen uansett vil svinge, og at det viktigste er at det er et godt og velfungerende tilbud som kommunen kan bruke. Skulle kommunen forsøkt å etablere ø-hjelpsplasser selv, mener kommunalsjefen for helse og omsorg i Våler at kommunen kanskje ville «levert dårligere tjenester på andre helseområder» (Våler3). Det var imidlertid to negative momenter som respondenter fra Våler trakk fram. Én respondent opplevde informasjonen fra vertskommunen om lokalmedisinsk senter som mangelfull, mens en politiker mente kommunen i svært liten grad hadde reell innflytelse og styringsmuligheter i vertskommunesamarbeidene.

7.5 Oppsummering

Sett over ett så oppnår kommunene i stor grad de målsettingene de har gjennom samarbeidene som faktisk kommer i stand. Dette er i tråd med andre undersøkelser av regionen. En undersøkelse av ACT-samarbeidet i Mosseregionen i 2011 konkluderte med at alle parter opplever det som nyttig og fleksibelt (Econ Pöyry 2011:5). I 2009 ble det gjennomført en evaluering av det administrative samarbeidsutvalget i Østfold som konkluderte med at prosessene fungerte godt og at relasjonene mellom partene var gode (Ramsdal og Hansen 2011:5). Denne oppgaven har vist at det er et mønster for hva respondentene fra de ulike kommunene opplever å få ut av samarbeid om helsetjenester. Moss kommune opplever å styrke fagmiljøene og robustheten gjennom samarbeid. Men vel så viktig for kommunens helsetjenester er at det får et dobbelt så stort befolkningsgrunnlag sammenlignet med et tilbud kun for Mossebeboere. De tre andre kommunen mener de får langt sterkere fagmiljøer og mer stabil drift av å samarbeide. Flere mener likevel at de kunne brukt de interkommunale tjenestene mer og dermed hatt større utbytte av noen av samarbeidene. Som oppgaven

diskuterte i problemstilling B, så mener også mange av respondentene at det er større potensial for å dra mer nytte av hverandres kompetanse og å få mer robuste tilbud gjennom ytterligere samarbeid. Sett over ett, opplever mange respondenter at samarbeidene fungerer etter hensikten, men at det fremdeles er et potensiale for å utnytte de samlede ressursene bedre.

8. Bakenforliggende problemstilling 2:

Samarbeid istedenfor sammenslåing?

Til slutt vil denne oppgaven hente tilbake bakenforliggende problemstilling nummer 2: «Er interkommunale samarbeid en farbar vei som alternativ til kommunesammenslåing?». Målet har ikke vært å besvare denne empirisk, men snarere at den kan bli belyst av de andre problemstillingene i oppgaven. Grunnen til at akkurat denne bakenforliggende problemstillingen vil bli diskutert utover betraktningene som kommer i oppgavens konklusjon, er at det i dette kapittelet vil trekkes inn mer empiri. Under intervjuene ble respondentene gitt muligheten til å løfte blikket og komme med sine personlige meninger om hvor hensiktsmessig de anså dagens situasjon med interkommunale samarbeid i Mossregionen, sammenlignet med en eventuell kommunesammenslåing.

Ettersom oppgaven bare har undersøkt én av rundt hundre norske regioner, har det liten hensikt å prøve å generalisere funnene. Derimot har oppgaven god innsikt i denne ene casen som på flere måter kan sies å være typisk for norske regioner. Erfaringene og meningene til respondentene bør dermed ha interesse utover denne ene casen. I Mossregionen ønsker Moss å slå sammen regionen til én kommune. Våler er nokså klart imot sammenslåing, mens Råde og Rygge også i utgangspunktet er skeptiske. Innad i disse to kommunene er det imidlertid litt uenighet blant oppgavens respondenter. Dette stemmer godt overens med landsomfattende holdningsundersøkelser diskutert under *2.1.3 Motstand i befolkningen*. Der kom det fram at innbyggerne i mindre kommuner er mer skeptiske til kommunesammenslåinger enn i de store, noe som gjør at Mossregionen kan sees på som en typisk case. Dette kapittelet vil forsøke å gjøre en grov todeling av argumentene som har kommet fram under intervjuene: De som ønsker å beholde dagens situasjon med fire kommuner og utstrakt interkommunalt samarbeid, og de som mener interkommunalt samarbeid er en midlertidig løsning på en større utfordring som best løses gjennom kommunesammenslåing.

Synspunkt 1: Interkommunale samarbeid er en farbar vei

Oppfatningen til respondentene som kan plasseres under den første gruppen, kan illustreres med et sitat fra en Rygge-politiker:

«Jeg tenker at nærhet mellom politikere og befolkning er viktig, så jeg er ikke veldig stor tilhenger av kommunesammenslåing. Men jeg er for at man har mye interkommunalt samarbeid der det er naturlig.» (Rygge6)

Slike argumenter går igjen i de tre minste kommunene. Både Råde og Våler er med henholdsvis 7.000 og mindre enn 4700 innbyggere typiske kommuner som ekspertutvalget til regjeringen har foreslått at bør slå seg sammen, ved at de anslår en minimumsstørrelse på kommuner til 15.000-20.000 innbyggere (KMD 2014a:129). Respondenter fra disse kommunene argumenterer med at dagens situasjon gir dem både i pose og i sekk: På den ene siden oppfyller kommunene gjennom samarbeid de robusthets- og kompetansekravene som de ikke er store nok til å møte på egenhånd. På den annen side snakker disse respondentene varmt om smådriftsfordeler der det er korte veier mellom beslutningstakere og befolkningen. Dette gjør at man raskt kan gjøre endringer som ikke trenger å gå lange byråkratiske veier før de blir iverksatt.

Et poeng som kom fram i intervjuene er at alle kommunene uansett er relativt store på helsefeltet ettersom det er en stor del av all virksomheten i kommunene. Ordføreren i Rygge mener videre at alle kommunene i Moss har en rimelig effektiv tjenesteproduksjon: «Så vi har ikke så mye slakk. Og i den grad vi har noe slakk så prøver vi å selge tjenester til hverandre» (Råde2). Regionen gir oss også et eksempel på at store driftsenheter ikke nødvendigvis alltid fører til bedre resultater. Moss kommune har gått med store underskudd i flere år, mens respondenter fra lille Våler oppgir at de har et budsjett i balanse, få problemer med å rekruttere ansatte og få klager og avviksmeldinger. Denne forskjellen i kommuneøkonomi er et viktig argument som trekkes fram av respondenter fra Våler for å begrunne sin motstand mot sammenslåing. En respondent fra Våler kan brukes som oppsummering av dette synspunktet: «jo flinkere kommunene er til å samarbeide, jo mindre behov er det for en full sammenslåing.» (Våler4).

Helsesektoren legger beslag på store deler av en kommunes budsjett. Og som denne oppgaven har vist, så er det ikke mange helseoppgaver kommunene opplever at de *må* samarbeide om. Den relativt krevende samhandlingsreformen opplevde kommunene at de i stor grad har klart å løse på egenhånd. Og de tjenestene det faktisk samarbeides om, er det forholdsvis stor tilfredshet med fra alle kommunene og konfliktnivået er lavt.

Synspunkt 2: Det er behov for kommunesammenslåing

Det andre hovedsynspunktet går ut på at utstrakt interkommunale samarbeid er en midlertidig

løsning på at mange kommuner er for små til å produsere tjenestene de blir pålagt. En politiker fra Moss kan stå som en representant for denne gruppen:

«At det er kostnadsbesparende å ha samarbeid. Ja, det er det. Men jeg skulle ønske at man hadde begynt i andre enden. Begynt med å slå sammen kommunen, og lage mer robuste kommunestrukturer, før man begynte å lage alle disse samarbeidene.» (Moss5)

En annen respondent fra Moss ønsker sammenslåing, og tror velfungerende samarbeid kan gjøre at frykten for sentralisering bygges ned i de andre kommunene. Støtte for synspunktet om at det er behov for sammenslåing, finner man igjen hos respondenter fra alle kommunene. En politiker fra Råde ser etter hvert på en kommunesammenslåing som naturlig fordi utviklingen går i retning av «at på flere og flere tjenesteområder så blir det mer og mer uhensiktsmessig med såpass små enheter som vi har i dag» (Råde6). Argumenter for sammenslåing går på at en større region vil få større tyngde, større fagmiljøer og at man slipper gnisninger på interkommunale arenaer. Kommunene i Mossregionen vil også slippe å konkurrere med hverandre på rekruttering, og man unngår tidkrevende forhandlinger om samarbeid. Dessuten vil ikke grensespørsmålene som er omtalt i denne oppgaven, stå i veien for etableringen av enkelte helsetjenester. Noen mener de store innsparingene og stordriftsfordelene ikke først og fremst kan ventes innen tjenesteyting, men innen administrasjon. Ordføreren i Moss mener også at den «[...] eneste måten å sikre en god politisk styring på tjenester som flere kommuner må yte sammen, det er større kommuner» (Moss2). Samme ordfører kan også brukes for å oppsummere dette synspunktet:

«Men likevel så er jeg opptatt av at vi skal jobbe for å få til et bredere samarbeid og kanskje aller helst en større kommune for å bli enda mer slagkraftig, robust og forutsigbar i løsningene som vi tilbyr innbyggerne våre.» (Moss2)

Denne oppgaven har pekt på flere eksempler og mekanismer som kan tas til inntekt for synspunktet om at det er et behov for kommunesammenslåing i denne regionen. Det er flere utfordringer ved å få fire kommuner til å gå i takt slik at man utnytter de samlede ressursene optimalt.

Oppsummerende diskusjon

Det er åpenbart at interkommunale samarbeid kan løse en del av helseutfordringene til kommunene i Mossregionen. Samarbeid gjør det mulig for små kommuner å oppleve både smådrifts- og stordriftsfordeler samtidig, noe utsagn fra respondentene fra Våler er et

eksempel på. Antall samarbeid er dessuten begrenset, og gjennom samhandlingsreformen trengte den minste kommunen Våler bare å samarbeide om et ganske lite lokalmedisinsk senter med syv senger. En respondent fanger inn dette poenget godt, ved å si at det: «Men så må man ikke slå seg sammen for å ha syv senger, det er jo nokså beskjedent» (Moss4). I denne sammenheng er det imidlertid rimelig å påpeke at en stor andel av Norges kommuner er *vesentlig* mindre enn Våler – som her omtales som en liten kommune med sine 4.700 innbyggere. Faktisk utgjør dette innbyggertallet ganske nøyaktig medianverdien blant norske kommuner. 30 prosent av norske kommuner har mindre enn 2.500 innbyggere og kan oppleve samhandlingsreformen som mer utfordrende.

På den annen side har denne oppgaven vist at Mosseregionen har opplevd minst tre vesentlige utfordringer med interkommunale helsesamarbeid i en region som består av fire kommuner. Samarbeid kan skape mer – og kanskje unødvendig – byråkrati, noe mange respondenter mener ble tydelig under etableringen av det lokalmedisinske senteret. Videre opplever flere respondenter at kommunegrenser og atskilte økonomier i en del tilfeller skaper problemer med å utnytte de samlede ressursene i en region best mulig. Til slutt opplever mange lokalpolitikere at styringslinjene blir lange og at de interkommunale samarbeidene nærmest er tatt vekk fra deres ansvarsområde. I Mosseregionens tilfelle finnes det med andre ord gode argumenter både for og imot en større kommunesammenslåing. Disse argumentene veies også ulikt av de fire kommunene. Skal man sammenfatte opplevelsen til både tilhengere og motstandere i regionen, så kan man si følgende på bakgrunn av helsesamarbeidene: Ja, interkommunale samarbeid er enn så lenge helt klart en farbar vei sammenlignet med kommunesammenslåing i Mosseregionen. På den annen side viser denne oppgaven at det gir kommunene en rekke utfordringer som kan stå i veien for en optimal utnyttelse av de samlede ressursene.

9. Konklusjon

Denne masteroppgaven har undersøkt norske kommuners bruk av interkommunale samarbeid. Dette har den gjort gjennom en caseanalyse som ved hjelp av intervjuer har gitt innblikk i erfaringene de fire kommunene i Mosseregionen har med slike samarbeid på helsefeltet.

Som oppgavens litteraturgjennomgang har vist, har kommunene de siste tiårene fått ansvaret for flere og mer omfattende oppgaver, mens kommunestrukturen i samme periode har vært tilnærmet fastfrys. Mange av de interkommunale samarbeidene som er blitt inngått i denne perioden, kan dermed sees på som en løsning kommunen har funnet for å klare å holde tritt med utviklingen. Et viktig spørsmål er derfor om disse samarbeidene er en del av *løsningen* på Kommune-Norges utfordringer, eller om denne måten å organisere tjenester på derimot er et *problem*. Bakenforliggende problemstilling 2 i denne oppgaven har derfor vært «Er interkommunale samarbeid en farbar vei som alternativ til kommunesammenslåing?». Denne brede problemstillingen går rett inn i hjertet av debatten om kommunesammenslåing, som nå er høyaktuell på grunn av regjeringens planer om kommunestrukturereform. Noe av bakgrunnen for reformen er nettopp regjeringens skepsis til den utstrakte bruken av interkommunale samarbeid.

Det er mange aspekter knyttet til interkommunale samarbeid og det finnes også en omfattende litteratur på feltet. Denne oppgavens bidrag har vært å ta utgangspunkt i helse- og omsorgssektoren, som er et av de viktigste virksomhetsområdene i kommunene. Utviklingen vi har sett gjennom samhandlingsreformen består i at flere og mer omfattende helseoppgaver blir lagt over på kommunene, samtidig som kravene til samhandling og kapasitet blir satt på prøve. Dette er i tråd med en generell forvaltningstrend som kan oppsummeres i begrepet «*Whole-of-Government*». Et sentralt poeng i denne trenden er at det stilles høyere krav til at ulike offentlige tjenester vi mottar henger sammen med hverandre både på tvers av tjenestenivåer og fagområder. Dette er en utvikling det er grunn til å vente at fortsetter. Dette gjelder ikke minst helsefeltet, der befolkningens krav til helhetlige og mer avanserte helsetjenester øker minst like fort som velstandsnivået. I tillegg påvirkes kravene av utviklingen på medisinfeltet. Dermed kan denne delen av kommunal virksomhet være godt egnet for å undersøke om dagens kommunestruktur er beredt til å møte dagens og morgendagens utfordringer. En viktig indikasjon på om kommunene er godt nok rustet, er om de interkommunale samarbeidene som oppstår i praksis er gjort på frivillig grunnlag for å bedre tjenestene. Alternativet er at det oppstår situasjoner der mindre kommuner opplever at

de ikke har noe annet valg enn å samarbeide. Bakenforliggende problemstilling 1 har dermed vært: «Gir samhandlingsreformen kommunene et reelt valg om å inngå interkommunale samarbeide eller ikke?». Interkommunale samarbeid trenger ikke å være noe negativt, men om kommunene ikke har noe reelt valg om å samarbeide kan det være en utfordring for generalistkommuneprinsippet som det er stor grad av politisk enighet om i dag. Dette går ut på at kommunene har ansvar for å levere de samme tjenestene med et minstekrav til kvalitet på en demokratisk forsvarlig måte.

For å få innsikt i disse to bakenforliggende problemstillingene, har oppgaven undersøkt de fire kommunene i Mosseregionen. Moss er den største kommunen med over 30.000 innbyggere, mens Våler er minst med 4.700 innbyggere. Tar man utgangspunkt i samarbeidene som har oppstått om den lovpålagte tjenesten «øyeblikkelig hjelp døgntilbud» (ø-hjelp), er Mosseregionen en typisk norsk samarbeidsregion ved at den har én stor og flere mindre kommuner. Dette gjør Mosseregionen godt egnet til å belyse utfordringer og muligheter med interkommunalt samarbeid. Funnene i oppgaven kan i større grad kaste lys over samarbeid i regioner med et klart sentrum og relativt korte avstander mellom kommunesentrene, mens funnene i mindre grad kan kaste lys over regioner med andre samarbeidskonstellasjoner og som preges av større avstander og geografiske hindringer. De to bakenforliggende problemstillingene har det ikke vært meningen å besvare direkte, men målet har vært å belyse dem gjennom tre problemstillinger om interkommunale helsearbeid i Mosseregionen som er blitt besvart empirisk (se figur 1).

9.1 Motiver for samarbeid

For å kunne få innblikk i bakenforliggende problemstilling 1, har oppgaven forsøkt å besvare problemstilling A: «Hvilke motiver har kommunene for å samarbeide om helse- og omsorgsoppgaver i Mosseregionen?». Oppgaven har tatt i bruk et instrumentelt og et institusjonelt perspektiv for å studere motivene for samarbeid. Dette er basert på en modell av Jacobsen m. fl. (2010). De instrumentelle motivene i modellen er «effektivitet», «kvalitet», «robusthet» og «styring». Empirien har vist at det er et forholdsvis klart skille mellom Moss og de tre andre kommunene. For Våler, Råde og til en viss grad Rygge kom det fram i intervjuene at de ikke opplevde å være store nok til å produsere enkelte helsetjenester alene på en hensiktsmessig måte. Innen samhandlingsreformen gjaldt dette i første rekke den lovpålagte tjenesten ø-hjelp. Dette har ført til opprettelsen av et interkommunalt lokalmedisinsk senter i Mosseregionen. Utover innholdet i samhandlingsreformen er det på helsefeltet særlig legevakt som de mindre kommunene opplever som svært vanskelig å skulle

drive på egenhånd. Andre tjenester som flere av kommunene vurderer som mindre hensiktsmessig å drive alene, er et rus- og psykiatri-samarbeid som kalles «ACT-team» og et annet prosjekt for opplæring av sykepleiere kalt «Klinisk blikk». Dette opplæringsprosjektet kom også som følge av samhandlingsreformen. Av instrumentelle motiver trakk Våler, Råde og Rygge særlig fram utfordringer knyttet til fagmiljøer, stabil bemanning og ustabilitet i etterspørsel. Dermed var det særlig ønsker om bedre «kvalitet» og «robusthet» i tjenestene som var de instrumentelle motivene for å inngå helsesamarbeid i de tre minste kommunene. «Effektivitet» og «styring» er to forklaringsvariabler som i liten grad ble trukket fram av disse kommunene, bortsett fra at kommunene kunne være sterkere i møte med statlige helseforetak når de står samlet.

I Moss er opplevelsen av interkommunale samarbeid en annen. Informantene fra kommunene mente at Moss i utgangspunktet ikke måtte samarbeide med andre kommuner om noen helsetjenester. Når dette likevel ble gjort, var det instrumentelle motiver som kvalitet og robusthet som lå til grunn. I likhet med respondentene fra de andre kommunene, ga respondenter fra Moss uttrykk for at samarbeid styrket fagmiljøene og gjorde tjenestene mindre sårbar for svingninger i etterspørselen. Men like viktig for Moss fremsto ønsket om å øke befolkningsgrunnlaget for tjenesten og ha flere å dele regningen med, altså motiver som går ut på å gjøre tilbudet mer effektivt gjennom stordriftsfordeler.

De institusjonelle motivene i modellen er «tilpasning til lover og regler», «tilpasning til normer» og «tilpasning til tatt-for-gitt-holdninger». Disse ble i liten grad lagt vekt på av noen av respondentene i de fire kommunene. To respondenter fra Råde opplever at det gjennom samhandlingsreformen har vært et visst press om å inngå samarbeid om ø-hjelpstilbudet. Men dette er ikke noe klart funn, slik at «tilpasning til lover og regler» ikke kan sies å ha stor forklaringskraft. Det har heller ikke «tilpasning til normer», selv om respondenter i Moss antyder at samarbeidet kan ha vært påvirket av sykehusets ønsker om å samarbeide med Østfold-kommunene som regioner. Ingen av respondentene kan tolkes dit at de mener «tilpasninger til tatt-for-gitt-holdninger» har vært viktige motiver for samarbeid om helsetjenester. Denne problemstillingen konkluderer dermed med at de institusjonelle forklaringsvariablene har liten forklaringskraft, mens de instrumentelle motivene kvalitet og robusthet ser ut til å ha stor forklaringskraft for hvorfor kommunene i Mosseregionen har inngått samarbeid om helsetjenester.

Bakenforliggende problemstilling 1: Reelt valg om å samarbeide?

Dette avsnittet vil diskutere hvilken innsikt problemstilling A har gitt i den første bakenforliggende problemstillingen, som spør om samhandlingsreformen gir kommunene et reelt valg om å samarbeide eller ikke. I Mossregionens tilfelle er det grunnlag for å si at samhandlingsreformen gjorde at de tre minste kommunene i liten grad opplevde at de ikke hadde et slikt valg. Dette gjaldt for det lovpålagte kravet om å tilby ø-hjelp. Det er grunn til å tro at et høyt antall norske kommuner heller ikke opplever å ha et slikt valg, ettersom over halvparten av norske kommuner har under 5.000 innbyggere, mens Rygge og Råde har henholdsvis 15.000 og 7.000 innbyggere. På den annen side var det blant samhandlingsreformens krav kun én ikke altfor omfattende tjeneste som de mindre kommunene opplevde at ikke var et reelt alternativ å produsere på egenhånd. Dette viste seg i praksis da Moss ønsket å samarbeide om utskrivningsklare pasienter, mens de andre kommunene heller ville løse dette alene. Dette er et viktig poeng, da respondenter fra alle de fire kommunene oppfattet at den store utfordringen med samhandlingsreformen var underfinansiering – og ikke robusthets- eller kvalitetsutfordringer. Flere påpeker at selv om reformen ville flytte oppmerksomheten fra behandling til forebygging, så er det knapt midler igjen til dette etter at de lovpålagte tjenestene er finansiert. Løsningen på dette er ifølge respondenter hverken samarbeid eller sammenslåinger, men snarere at kommunene ikke blir tillagt oppgaver som det ikke følger tilstrekkelig med ressurser til.

I oppgaven kommer det fram at det særlig er kvalitet og robusthet som er motivet for samarbeid for de tre minste kommunene. Oppgaven har også vist at disse to argumentene nettopp er de to fremste argumentene til tilhengerne av kommunesammenslåing. De mindre kommunene i Mossregionen samarbeider dermed i stor grad for å oppfylle de samme målene man ønsker å oppnå gjennom sammenslåinger. Man kan derfor spørre seg om interkommunale samarbeid er problematisk i seg selv eller om det er en organisering som kan gi små kommuner både i pose og sekk. I så fall kan man både beholde dagens kommunestruktur og samtidig oppnå tilstrekkelig kvalitet og robusthet i mer avanserte tjenester gjennom samarbeid. Denne problematikken er essensen i bakenforliggende problemstilling 2: «Er interkommunale samarbeid en farbar vei som alternativ til kommunesammenslåing?».

9.2 Samarbeid eller sammenslåing?

For å belyse den andre bakenforliggende problemstillingen har oppgaven tatt for seg problemstilling B og C. Den første spør om kommunene i Mosseregionen opplever samarbeid om helseoppgaver som produktivt og konfliktfritt eller som uproduktivt og konfliktfylt. Den andre spør om målene med å samarbeide blir innfridd for kommunene i Mosseregionen. Problemstilling B har en delt konklusjon. For det første er konfliktnivået nokså lavt. Ingen av respondentene mener at helsesamarbeidene har vært preget av krangling. For det andre er respondenter generelt fornøyd med produktiviteten i de eksisterende samarbeidene, selv om det er uenigheter både innen enkelte samarbeid og om hvilke tjenester det bør samarbeides om. En stor andel av respondentene mente det var en rekke tjenester regionen kunne ha hatt fordel av å inngå samarbeid om. Et generelt inntrykk er derfor at respondentene i Mosseregionen mener det er et potensiale til å oppnå høyere produktivitet sett over ett, gjennom å dra mer nytte av hverandres fagmiljøer og robusthet gjennom ytterligere samarbeid. Her sees produktivitet på i bred forstand, slik at det ikke bare handler om økonomisk effektivitet, men også den samlede ressursutnyttelsen i Mosseregionen. Oppgaven analyserer dette delte svaret og uenigheter mellom kommunene ved å ta i bruk et rammeverk fra Steinacker (2004). Rammeverket ser på hvorfor tjenestesamarbeid inngås mellom ulike politiske aktører, og det tar i bruk de fire uavhengige variablene «felles vinning», «aktørenes interesser», «aktørenes politiske makt» og «stabilitet i aktørenes interesser».

Oppgaven undersøker på i hvilken grad disse uavhengige variablene kan være årsaken til at konfliktnivået er lavt og at respondenter mener det er potensial for høyere produktivitet i helsetjenestene i Mosseregionen. Felles vinning og aktørenes interesser har åpenbar påvirkning på produktiviteten. Særlig viste dette seg under prosessen med å etablere et lokalmedisinsk senter i kjølvannet av samhandlingsreformen, der det i tillegg til ø-hjelpstilbud ble diskutert opptil ti andre mulige prosjekter. Den lovpålagte tjenesten ø-hjelp så alle felles vinning i å etablere, men for alle de andre prosjektene var det ifølge respondenter fra alle kommunene én eller flere kommer som ikke anså at de tjente på det, eller hadde andre grunner for ikke å ville opprette samarbeid. Grunner som ble trukket fram av respondentene var at viktige tjenester kunne bli flyttet ut av kommunen, ulike mål for tjenestene, ulike måter å drive tjenestene på, og frykt for at for mye samarbeid kunne oppfattes som et steg mot kommunesammenslåing i regionen. Mange aktører fra hver kommune var involvert og flere påpekte at dette gjorde det vanskeligere å komme til enighet.

Selv om det ikke nødvendigvis ville vært fordelaktig å inngå samarbeid på alle feltene som ble diskutert, så oppfatter mange at ressursutnyttelsen på helsefeltet ikke er optimal i regionen som helhet. Løse samarbeid som kjøp og salg av enkelttjenester, oppfattes av noen som fleksible. Andre mener slike uforpliktende samarbeid gjør at det er vanskelig å bygge opp gode fagmiljøer ettersom den som står for tilbudet må stå økonomisk ansvarlig også når etterspørselen fra nabokommunene uteblir. En kan dermed si at produktiviteten blir påvirket negativt av utfordringene med å få fire kommuner til å oppfatte at alle har noe å tjene på et samarbeid samtidig. Det samme kan sies om utfordringen ved å få kommunene til å bli enige om hva et slikt samarbeid skal bestå av. Derimot øker ikke konfliktnivået av slike uenigheter. For tjenester der kommunene faktisk blir enige om at samarbeid er fordelaktig for alle parter og der de blir enige om mål og fordeling av utgifter, så oppfatter respondentene at produktiviteten generelt sett er god. De mindre kommunene får tilgang til et større fagmiljø, mens Moss får et større befolkningsgrunnlag for tjenestene.

Variabelen «stabilitet i aktørenes interesser» ser ut til å ha stor forklaringskraft på hvorfor de inngåtte samarbeidene oppleves som produktive og har et lavt konfliktnivå. I samarbeidene viser alle kommunene at selv om hver kommunes bruk av de ulike samarbeidene svinger over tid, så stilles det i liten grad spørsmål om fordelingen av kostnadene. For kommuner med liten bruk av det lokalmedisinske senteret har foreløpig oppmerksomheten heller blitt rettet mot å få legene til å henvise flere pasienter dit. For legevakt og lokalmedisinsk senter uttrykkes det stor tillit til at vertskommunen leverer gode tjenester til alle kommunene. Og mulige utfordringer som at Moss kommune har gått med store underskudd på helsefeltet i flere år og at Vestby kommune ønsker å ta del i senteret, påvirker ikke konfliktnivået.

Produktiviteten i samarbeidene påvirkes derimot lite av ulikheter i variabelen «aktørenes politiske makt». Selv om det er ulik størrelse på kommunene og at de til dels har ulike interesser av å samarbeide, medfører ikke dette at enkeltkommuner forsøker å oppnå særfordeler. I samarbeidene som er oppstått i helsesektoren er det generelt en tanke om å oppnå gjensidig nytte. Fravær av åpenlys maktbruk kan derimot sies å være en viktig forklaring på hvorfor konfliktnivået er lavt.

Intervjuene viste også at kommunene nødvendigvis er enhetlige aktører, slik rammeverket til Steinacker forutsetter. Særlig var det internt i kommunene et skille mellom politikere og administrasjon når det gjaldt syn på interkommunale samarbeid. Flere politikere opplevde å ha lite innsyn i og innflytelse på slike samarbeid, noe som er utfordrende med tanke på

idealene i generalistkommuneprinsippet. Administrasjonen anså dette i langt mindre grad som et problem og var særlig fornøyd med administrativt vertskommunesamarbeid som organiseringsform.

For problemstillingen C er det et relativt entydig funn at alle kommunene generelt er godt fornøyd med de ulike samarbeidene i regionen. Rygge, Råde og Våler får tilført robusthet og styrkede fagmiljøer som er de viktigste motivene for å inngå samarbeid. Moss opplever også gevinster for kompetansen og robustheten i driften, men respondenter herfra er vel så opptatt av stordriftsfordelene som det økte pasientgrunnlaget gir. Ett mulig unntak fra dette mønsteret er Råde, der respondentene ikke er helt samstemte i om kommunen har høy nok bruk av det lokalmedisinske senteret. Både for legevakt og lokalmedisinsk senter opplever alle kommunene imidlertid at de samlet klarer å lage et bedre tilbud enn hva de kunne laget alene.

Bakenforliggende problemstilling 2: Et veivalg om fremtidens kommunestruktur

I hvilken grad kan funnene i denne caseanalysen bidra til å gi innspill til bakenforliggende problemstilling 2 som spør om interkommunale samarbeid er en farbar vei til kommunesammenslåing? Ettersom dette er en caseanalyse av én region, mens mange deler Norge inn i over 100 slike regioner, er generaliseringspotensialet er svakt. Derimot er det interessant å trekke på Mossregionens erfaringer. Dette gjelder i særlig grad for regioner som er relativt kompakte, slik Mossregionen er. Flere respondenter fra de minste kommunene opplever slike samarbeid helt klart som en farbar vei som kan gi både stordrifts- og smådriftsfordeler. Eksempler på det siste som respondentene trakk fram, er nærhet mellom politikere og innbyggere og at mindre kommuner er fleksible til å gjøre store endringer raskt. Mange respondenter i mindre kommuner opplever driften av egen kommune som god, ikke minst på helsefeltet, og viser til gode resultater økonomisk, driftsmessig og gjennom tilbakemeldinger fra innbyggere. Store deler av befolkningen i de minste kommunene er også motstandere av sammenslåing. Disse kommunene opplever at det er et nokså begrenset antall tjenester de *må* samarbeide på, noe denne oppgaven også har vist. Dessuten oppnår de stordriftsfordelene gjennom å samarbeide om tjenester der de blir for små.

På den annen side finner man argumenter for et motsatt syn i alle kommunene. Dette kommer særlig til uttrykk i Moss som er en klar tilhenger av å bytte ut fire kommuner som samarbeider om en rekke tjenester, med én sammenslått storkommune. Mange respondenter er imidlertid litt delte i dette spørsmålet. Og denne oppgaven har heller ikke til hensikt å komme med noen bastant konklusjon på dette spørsmålet. Foreløpig er det ikke noe akutt behov for

kommunesammenslåing i Mosseregionen, fordi interkommunale samarbeid løser en del av utfordringene. Det er imidlertid en rekke utfordringer knyttet til kompetansenivået og driftssikkerheten i de mindre kommunene. I tillegg kommer kostnadene ved å administrere samarbeid og det at lokalpolitikere mener de mister innflytelse og innsikt i samarbeidene. Om staten fortsetter med å overlate flere og tyngre oppgaver til kommunene, vil dette legge et ytterligere press på de mindre kommunene.

Når regjeringen ønsker å redusere antall kommuner fra 428 til nærmere 100, er det særlig én lærdom det kan være verdt å ta med seg fra denne oppgaven. Mosseregionen har lange samarbeidstradisjoner og det er korte avstander mellom kommunene, noe ikke alle regioner i vårt langstrakte land kan skilte med. Dermed fremstår Mosseregionen som et selvsagt eksempel på en region som bør slå seg sammen. Når man ser hvor stor motstanden mot sammenslåing likevel er i de mindre kommunene i denne regionen, er det vanskelig å forstå hvordan en så drastisk kommunereform skal kunne gjennomføres ved å lytte til lokaldemokratiet og uten stor grad av tvang fra statlig nivå. De sentralt folkevalgte har vært enige om at sammenslåinger skal basere seg på frivillighet i flere tiår, mens tallet på kommuner i denne perioden nærmest har stått på stedet hvil. Siste eksempel på effekten av frivillighetslinjen, var da de to små kommunene Bjugn og Ørland *ikke* slo seg sammen etter at Bjugn-befolkningen stemte nei i februar 2014. Hvis regjeringen mener alvor med de ambisiøse målene for kommunestrukturen, er det neppe tilstrekkelig å lokke med gulrøtter.

9.3 Videre forskning

Denne masteroppgaven har kun sett på én region. Dette er på mange måter en nokså typisk region, men avstandene er ikke spesielt store og geografien er ikke spesielt utfordrende, noe som kan prege andre deler av Distrikts-Norge. En annen undersøkelse kunne dermed tatt for seg en region der avstander kan påvirke samarbeidet mellom kommunene.

Punktum i denne undersøkelsen er satt omtrent samme dag som regjeringen la fram sin stortingsmelding om kommunestrukturen. Denne oppgaven har tatt for seg om omfattende endringer i kommunestrukturen er nødvendig, da mange av kommunenes utfordringer kan bli løst gjennom interkommunale samarbeid. Dette vil kunne være et utdatert tema for kommende forskning. Ettersom regjeringen nå virker bestemt på å gjennomføre reformen, gitt all den prestisje de har lagt ned i den, vil det være interessant å studere

prosessene med å slå sammen de første kommunene. Dette vil kunne gi viktige lærdommer for de resterende sammenslåingene som etter alt å dømme vil komme.

Et annet forskningsspørsmål tilknyttet samhandlingsreformen er i hvilken grad det er hensiktsmessig at staten lovpålegger kommunene å satse på somatikk og andre «tyngre» helsetjenester. Respondenter ga tilbakemeldinger på at slike tilbud fremsto som «råflotte» i en ellers stram kommuneøkonomi hvor forebyggingstiltak og skole fort ender opp som salderingsposter. Ulike målinger av helsegevinster ved ulike tjenester kan være et nyttig bidrag for å få mest mulig helse ut av hver krone i helsevesenet, som i årene fremover vil bli stilt overfor stadig tøffere prioriteringer.

10. Litteraturliste

- Akerbach, Joel D. og Bert A. Rockman (2002). «Conducting and Coding Elite Interviews». I: *PS: Political Science and Politics*, 4:673-676.
- Andersen, Ole Johan (2010). «Sammen er vi sterke, men det kan også gå på tverke. Regional samstyring som mulighet og problem». I: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 1: 5-29
- Andersen, Svein S. (2006). «Aktiv informantintervjuing», I: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 3: 278-298.
- Baaske, Matthias, Kristin Horn Bringedal, Hein Enger Halvorsen og Helge Torgersen (2013). «Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommune. Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen». KS FOU-prosjekt nr. 134018. Oslo: Deloitte.
- Baldersheim, Harald og Lawrence E. Rose (2003). «Kampen om kommunen: Foran et nytt kommunalt hamskifte», I: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 3:231-239
- Berry, Jeffrey M. (2002). «Validity and Reliability Issues in Elite Interviewing». *PS: Political Science and Politics* 4: 679-682.
- Bhuller, Manudeep Singh (2009). *Inndeling av Norge i arbeidsmarkedsregioner*. Notat. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bjørgero, Frode (2012). «Det vil tvinge seg fram» - om lokale og interkommunale strategier i møte med samhandlingsreformen. Masteroppgave i Politikk og samfunnsendring. Bodø: Universitetet i Nordland.
- Bjørklund, Tor og Jo Saglie (2000). *Lokalvalget i 1999. Rekordlav og rekordhøy deltakelse*. Rapport 2000:12. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Blåka, Sara, Jan Erling Klausen, Trine Myrvold, Helge Renå, Marte Winsvold og Hide Zeiner (2013). *Framtidens kommune - kriterier for politisk oppslutning*. Rapport 2013:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Blåka, Sara, Trond Tjerbo og Hilde H. Zeiner (2012). *Kommunal organisering 2012*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Bogdanor, Vernon red. (2005). *Joined-Up government*. Oxford: Oxford University Press.
- Bonesrønning, Hans og Jon Marius Vaag Iversen (2010). *Prestasjonsforskjeller mellom skoler og kommuner: Analyse av nasjonale prøver 2008*. Rapport 2010:01. Trondheim: Senter for økonomisk forskning.
- Bryman, Allan (2004). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.

- Bukve, Oddbjørn (2002): «Demokrati, effektivitet og debatten om kommunestrukturen». I: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. 3:263-283.
- Byrkjeflot, Haldor og Simon Neby (2005). «Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren? ». I: Ståle Opedal og Inger Marie Stigen red. *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Carlsson, Yngve (2010): «Oppgaver uten grenser. Om kommunenes oppgavemangfold og konsekvenser av sterkere statlig styring av kommunene». Problemnotat. Oslo: KS.
- Christensen, Tom, Morten Egeberg, Helge O. Larsen, Per Lægreid og Paul G. Roness (2010). *Forvaltning og politikk*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom og Amund Lie (2007): «Nyliberalisme og forvaltningspolitikk – fra modernisering til fornying?». Kapittel 5 i Per Kristen Mydske, Dag Harald Claes og Amund Lie red. *Nyliberalisme – ideer og politisk virkelighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom og Per Lægreid (2007). «The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform». *Public Administration Review*, Vol. 67. 6: 1059-1066.
- Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Clausen, Monica (2013). “Danmark sparte lite på å slå sammen kommuner”, artikkel i Aftenpostens nettutgave. (24.09.13). Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/nyheter/uriks/Danmark-sparte-lite-pa-a-sla-sammen-kommuner-7319414.html> [Lesedato: 19.05.2014]
- Cohen, Michael, James G. March og Johan P. Olsen (1972). “A Garbage Can Model of Organizational Choice”. I: *Administrative Science Quarterly*, 1:1-25.
- Di Maggio, Paul J. og Walter W. Powell (1991). «Introduction». I: Walter W. Powell og Paul J. Di Maggio red. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago-London: The University of Chicago Press.
- Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) (2010): *Statlig styring av kommunene. Om utviklingen i bruken av juridiske virkemidler på tre sektorer*. Rapport 2010:4. Oslo.
- Econ Analyse (2006). *Interkommunalt samarbeid i Norge – omfang og politisk styring*. Rapport 2006:057. Oslo.
- Econ Pöyry (2011). «Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evaluering av forsøk med ACT (Assertive Community Treatment) i Mossregionen». Rapport R-2011-013. Oslo/Stavanger: Econ Pöyry.
- Elster, Jon (2007). *Explaining Social Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Eriksen, Mette (2013a). «Alt må på sparebluss i Moss kommune». Moss Avis (19.09.2013). Tilgjengelig fra:
<<http://www.moss-avis.no/nyheter/alt-ma-pa-sparebluss-i-moss-kommune-1.8074155>>
[Lesedato: 19.05.2014]
- Eriksen, Mette (2013b). «Pleie og omsorgs-overskridelsene har økt ytterligere». Moss Avis (28.08.2013). Tilgjengelig fra:
<<http://www.moss-avis.no/nyheter/pleie-og-omsorgs-overskridelsene-har-okt-ytterligere-1.8040405>> [Lesedato: 19.05.2014]
- Fimreite, Annelise (2003). «Velferdsstat og lokaldemokrati – uforenlige størrelser?» I: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 2: 334-359
- Forbrukerrådet (2011). «Kommunestørrelse viktigere enn politisk farge». Pressemelding fra Forbrukerrådet (08.09.2011). Tilgjengelig fra:
<<http://www.forbrukerradet.no/forside/presse/pressemeldinger/kommunest%C3%B8rrelse-viktigere-enn-politisk-farge>> [Lesedato: 19.05.2014]
- Gerring, John (2007). *Case Study Research. Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gjerde, Robert (2012). «Nederlag på nederlag», artikkel i Aftenposten 07.05.2012.
- Grefsrud, Reidun og Svein Erik Hagen (2003). *Kriterier for kommuneinndeling*. Rapport 2003:21. Østlandsforskning.
- Gundersen, Frants, og Dag Juvkam (2013). *Inndelinger i senterstruktur, sentralitet og BA-regioner*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Haga, Gjermund, Espen Leirset, Ørnulf Lillestøl (2014). «Kommunestyre og lokaldemokrati: en empirisk undersøkelse av makt tillagt kommunestyret». Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Halvorsen, Christina (2011). «← Flinke kommuner reformklare». Artikkel fra Avisenes Nyhetsbyrå (ANB). Gjengitt i Telemarksavisas nettside. Tilgjengelig fra:
<<http://www.ta.no/nyheter/innenriks/Politikk/article5847098.ece>> [Lesedato 19.05.2014]
- Havro, Hilde Lysengen (2011). «Halve folket sier nei til samanslåing». Artikkel i Nationen (01.07.2013).
- Hegvold, Ola (2011). «Småkommuner truer barnevernet», artikkel i Aftenposten 29. januar 2011. Tilgjengelig fra: <<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article4011236.ece>>
[Lesedato: 19.05.2014]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St. meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Meld. st. 16. (2010-2011). Oslo

Helsedirektoratet (2013). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Veiledningsmateriell. Oslo.

Houlberg, Kurt (1995). «Kommunale stordriftsfordele – myte eller realitet?». I: *Nordisk administrativt Tidsskrift* 1:65-88.

Husbanken og Rambøll Management Consulting (2012). «Samhandling som veien til bedre boligsosialt arbeid. Et erfaringshefte fra kommuner og Husbankens regionskontorer».

Høyre (2013). «Større og mer robuste kommuner». Artikkel på Høyres nettsted. Tilgjengelig fra:

<http://www.hoyre.no/www/politikk/hva_mener_hoyre_om/kommune_og_forvaltning/kommunesammenslaing/> [Lesedato: 19.05.2014]

Høyre og Fremskrittspartiet (2013). *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet*. 7. oktober 2013.

Indset, Marthe, Jan-Erling Klausen, Geir Møller, Eivind Smith og Hilde Zeiner (2012). *Likeverdighet mellom stat og kommunesektor*. Samarbeidsrapport. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning og Telemarksforskning.

Jacobsen, Dag Ingvar, Eva Kvelland, Charlotte Kiland og Fredrik Skau Gundersen (2010). *Evaluering av interkommunalt samarbeid etter kommunelovens §27 – omfang, organisering og virkemåte*. Kristiansand: Universitetet i Agder.

Jacobsen, Magnus Wright (2013). «Et helsevesen i endring. En undersøkelse av forvaltningsutviklingen i det norske helsevesenet sett gjennom sykehusreformen og samhandlingsreformen». Semesteroppgave i STV4402B. Upublisert. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Jensen, Bjarne (2013). «Helsereformene i et NPM-perspektiv». Kapittel 2 i Noralv Veggeland red. *Reformer i norsk helsevesen*. Trondheim: Akademika forlag.

Juvkam, Dag (2002). «Inndeling i bo- og arbeidsmarkedsregioner». Rapport 2002:20. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Keohane, Robert O., Sidney Verba og Gary King (1994). *Designing Social Inquiry*. Princeton: Princeton University Press.

Klausen, Jan Erling og Åge Johnsen (2006). «Kommunesammenslåingers politiske økonomi: En analyse av velgeratferd i rådgivende folkeavstemninger». I: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 1: 22-43.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014a). *Kriterier for god kommunestruktur*. Delrapport fra ekspertutvalg, mars 2014.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014b). *Kommuneproposisjonen 2015*. Prop. 95 S (2013-2014).

- Kommunal- og regionaldepartementet (2010). «§ 27-samarbeid». Tilgjengelig fra: <<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/tema/kommunejuss/interkommunalt-samarbeid/rettslig-grunnlag-samarbeid.html?id=554124>> [Lesedato: 19.05.2014]
- Kommunal- og regionaldepartementet (2011). «Vertskommunemodellen i kommuneloven § 28 a flg.», Veileder.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2012): *Stat og kommune – styring og samspel*. Meld. st. 12 (2011-2012).
- KS (2005). «Interkommunalt samarbeid – styrker og svakheter med ulike modeller». Notat som en del av prosjektet «Framtidens kommunestruktur – kommune med ansvar for egen utvikling».
- Langørgen, Audun, Rolf Aaberge og Remy Åserud (2002). *Kostnadsbesparelser ved sammenslåing av kommuner*. Rapport 2002:15. Statistisk sentralbyrå (SSB).
- Larsen, Christiane Jordheim (2014): «Sanner er klar til å tvinge kommunene til sammenslåing». Artikkel i Nationens nettutgave. (02.05.2014). Tilgjengelig fra: <<http://www.nationen.no/politikk/sanner-er-klar-til-a-tvinge-kommunene/>> [Lesedato: 19.05.2014]
- Leech, Beth L. (2002). «Asking questions: Techniques for Semistructured Interviews», I: *PS: Political Science and Politics*, 4: 665-668.
- Leknes, Einar, Arild Gjertsen, Ann Karin Tennås Holmen, Bjarne Lindeløv, Jacob Aars, Ingun Sletnes og Asbjørn Røiseland (2013). *Interkommunalt samarbeid. Konsekvenser, muligheter og utfordringer*. Rapport 2013:008. International Research Institute of Stavanger.
- Lerø, Magne (2014). «Kommune-rabalder», kommentar i avisen Vårt Land (03.02.2014).
- Lijphart, Arend (1971). «Comparative Politics and the Comparative Method», I: *The American Political Science Review*, 3:682-693.
- Lund, Thorleif (2002). «Metodologiske prinsipper og referanserammer», kapittel 3 i Lund, Thorleif, Knut-Andreas Christophersen, Thor Arnfinn Kleven og Tone Kvernbekk (2002): *Innføring I forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Malnes, Raino, og Knut Midgaard (2009). *Politisk tenkning*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- March, James G. og Johan P. Olsen (2006). «The Logic of Appropriateness». Side 689-708 i Robert Goodin, Michael Moran og Martin Rein red. *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Meyer, John W. og Bran Rowan (1977). «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony». I: *American Journal of Sociology*, 2: 340-363. Chicago: The University of Chicago Press.

- Moss Avis (2007). «Styrker krisesenteret». (20.09.2007). Tilgjengelig fra:
<<http://www.moss-avis.no/nyheter/styrker-krisesenteret-1.4319385>> [Lesedato: 19.05.2014]
- Moss kommune (2013). «Krisesenteret i Moss». Tilgjengelig fra:
<<http://www.moss.kommune.no/sosial/krisesenteret/>> [Lesedato: 19.05.2014]
- Myrvold, Trine Monica (2001). *Smått og godt?: om de minste kommunenes evne til å imøtekomme generalistkommunekravet: en kunnskapsoversikt og indikatordiskusjon*. Prosjektrapport 2011:1. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Nilsen, K. Jørund og Vinsand, Geir (2009). *Regionrådene – et verktøy for å møte kommunenes utfordringer? Følgeevaluering av fire regionråd*. Rapport 2009:4. Oslo: NIVI Analyse.
- NIVI (2013). *Skisse til kommunalreform basert på sterkere primærkommuner – regionkommunealternativet*. Notat 2013:2. Oslo: NIVI Analyse
- Norges vassdrags- og energidirektorat (2013). «Kulturminner i norsk kraftproduksjon». Rapport 2013:52. Oslo: Norges vassdrags- og energidirektorat.
- Norsk statsvitenskapelige database (2013). «Opprett nytt meldeskjema». Tilgjengelig fra:
<<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeskjema>> [Lesedato 19.05.2014]
- NOU 1992:15. *Kommune- og fylkesinndelingen i et Norge i forandring*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1996:1. *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2005:6. *Samspill og tillit, om staten og lokaldemokratiet*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2005:18. *Fordeling, forenkling og forbedring. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2006:7. *Det lokale folkestyret i endring? Om deltaking og engasjement i lokalpolitikken*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Osborne, Stephen P. (2007). "The New Public Governance?" I: *The public management review*, 3:377-387.
- Pollitt, Christopher og Bouckaert, Geert (2011). *Public Management Reform. A Comparative Analysis: New Public Management, Governance, and the New-Weberian State*. 3. utgave. Oxford: Oxford University Press.

Prosjektplan 2011-2014. Plan for lokalmedisinsk senter i Mosseregionen mellom Sykehuset Østfold og kommunene Moss, Rygge, Råde og Våler (2011).

Ramsdal, Helge og Gunnar Vold Hansen (2009). «Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og arbeidsformer». Oppdragsrapport 2009:1. Halden: Høgskolen i Østfold.

Rattsø, Jørn (2003). «Kommuner i veien for distriktpolitikk». *Næringslivets Hovedorganisasjon*. Horisont, 2: 28-37.

Rose, Lawrence R. og Per Arnt Pettersen (2003). «Holdninger til endringer i kommunestruktur: To preferanser, to rasjonaliteter?». I: *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. 3:240-275.

Rønne, Knut Petter (2012). «Risikerer A- og B-lag i kommune-Norge». *Ukeavisen ledelse*. Tilgjengelig fra:

<<http://www.ukeavisenledelse.no/risikerer-og-b-lag-i-kommune-norge>> [Lesedato: 19.05.2014]

Råde kommune (2010). «Interkommunalt samarbeid i Mosseregionen pr. 01.07.2010». Sakspapir.

Scott, Richard W (2001). *Institutions and Organizations*. 2. utgave. Thousand Oaks-London-New Delhi: Sage Publications

Selznick, Philip (1948). «Foundations of the Theory of Organization». I: *American Sociological Review*, 1:25-35.

Simon, Herbert (1997). *Administrative behavior. A study of decision-making processes in administrative organizations*. 4. utgave. Først utgitt 1947. New York: The Free Press.

Skog, Ole-Jørgen (2004). *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Statistisk sentralbyrå (2013). «Kommuneregnskap, 2012, reviderte tall». Tilgjengelig fra: <<http://www.ssb.no/offentlig-sektor/statistikker/kommregnko/aar-reviderte>> [Lesedato: 19.05.2014]

Steinacker, Anette (2004). «Game Theoretic Models of Metropolitan Cooperation», i Richard C. Feiock red. (2004): *Metropolitan Governance: Conflict, Competition and Cooperation*. Washington D.C.: Georgetown University Press.

Sørensen, Rune J. (2004). *Frivillige sammenslåinger av kommuner – en vakker, men håpløs idé?* I: *Samfunnsspeilet* 2: 2-9.

Tjerbo, Trond (2010). *Vertskommunesamarbeid i norske kommuner*. NIBR-notat 2010:105.

Vanebo, Ove (2012). *Kommunesammenslåing. Færre og sterkere kommuner*. Rapport for Civita.

Villa, Anne Kristin (2013). *Demokratiske utfordringer med styring av nettverkssamarbeid i kommunal sektor. En casestudie av interkommunalt samarbeid i Norge*. Masteroppgave ved Institutt for statsvitenskap. Oslo: Universitetet i Oslo.

Vinsand, Geir og Magne Langset (2012). «Revidert status for interkommunalt samarbeid i Nord-Trøndelag». Rapport 2012:2. Oslo: NIVI Analyse.

Vinsand, Geir og Magne Langset (2013). «Status for interkommunalt samarbeid i Møre og Romsdal». Rapport 2013:3. Oslo: NIVI Analyse.

Vinsand, Geir og Jørund K. Nilsen (2008). «Status for interkommunalt samarbeid og behov for videreutvikling». Notat 2008:1. Oslo: NIVI Analyse.

Våler kommune (2010). «Ny samarbeidsavtale innenfor helse- og omsorgsområdet mellom Sykehuset Østfold (SØ) og kommunene i Østfold 01.05.10-30.04.14». Tilgjengelig fra: [http://www.valer-of.kommune.no/www/valer/k2pub.nsf/viewAttachments/C1256BDF0046806CC125773B00252DD0/\\$FILE/10002611.PDF](http://www.valer-of.kommune.no/www/valer/k2pub.nsf/viewAttachments/C1256BDF0046806CC125773B00252DD0/$FILE/10002611.PDF) [Lesedato: 19.05.2014]

Våler kommune (2012). «Mosseregionens legevakt – omorganisering». Saksfremlegg for kommunestyret. Tilgjengelig fra: [http://www.valer-of.kommune.no/www/valer/k2pub.nsf/viewAttachments/C1256BDF0046806CC125799F004BA459/\\$FILE/12000956.pdf](http://www.valer-of.kommune.no/www/valer/k2pub.nsf/viewAttachments/C1256BDF0046806CC125799F004BA459/$FILE/12000956.pdf) [Lesedato: 19.05.2014]

Weigård, Jarle (1991): *Interkommunalt samarbeid – et alternativ til kommunesammenslåing?* Rapport 1991:22. Norsk institutt for by- og regionforskning.

Økonomi- og indenrigsministeriet (2013). *Evaluering af kommunalreformen*. Offisiell utvalgsrapport som evaluerte den danske kommunereformen.

Østerud, Øyvind (2002). *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Her følger en oversikt over alle de 25 respondentene som er blitt intervjuet i forbindelse med denne masteroppgaven. Alle intervjuene er gjort mellom februar og april 2014. Alle respondentene har fått hver sin referansekode med kommunenavn og et tall som er blitt brukt for å referere til de ulike intervjuene i den løpende teksten i kapittel 5-8.

Moss

Moss1: Rådmann [14. februar 2014]

Moss2: Ordfører [22. april 2014]

Moss3: Kommunalsjef for helse og sosial [14. februar 2014]

Moss4: Kommunelege [14. februar 2014]

Moss5: Politiker [1. april 2014]

Moss6: Politiker [3. april 2014]

Rygge

Rygge1: Rådmann [4. mars 2014]

Rygge2: Ordfører [4. mars 2014]

Rygge3: Kommunalsjef området levekår [4. mars 2014]

Rygge4: Virksomhetsleder [4. mars 2014]

Rygge5: Administrativt ansatt [4. mars 2014]

Rygge6: Politiker [4. mars 2014]

Rygge7: Politiker [7. april]

Råde

Råde1: Rådmann [5. mars 2014]

Råde2: Ordfører [5. mars 2014]

Råde3: Helserådgiver (tilsvarende kommunalsjef) [5. mars 2014]

Råde4: Virksomhetsleder [5. mars 2014]

Råde5: Virksomhetsleder [5. mars 2014]

Råde6: Politiker [31. mars 2014]

Våler

Våler1: Rådmann [5. mars 2014]

Våler2: Ordfører [5. mars 2014]

Våler3: Kommunalsjef for helse- og omsorg [5. mars 2014]

Våler4: Kommunelege [5. mars 2014]

Våler5: Virksomhetsleder [5. mars 2014]

Våler6: Politiker [3. april 2014]